

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INDIVIDUS AVEC UN ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LEURS
PROCHES SIGNIFICATIFS : LIENS ENTRE LES SYMPTÔMES ET LES
COMPORTEMENTS DE SOUTIEN SELON LE GENRE ET LE STATUT
RELATIONNEL

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MYRA GRAVEL CREVIER

DÉCEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 -Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement mes directeurs de thèse, André Marchand et Stéphane Guay. André, je te remercie pour ton expertise ainsi que tes belles qualités humaines. Ta disponibilité, ton écoute et tes encouragements m'ont permis de bénéficier d'un soutien hors pair. Stéphane, je te remercie pour ton intérêt, ta rigueur et la pertinence de tes commentaires ainsi que pour les opportunités de parfaire mon cheminement en travaillant auprès des victimes d'événements traumatiques et en participant à des congrès scientifiques. Cette expérience doctorale s'est avérée agréable et enrichissante grâce à votre encadrement. Merci de m'avoir choisie et fait confiance. Votre soutien constant tout au long de mon parcours doctoral a été un gage de succès.

Je témoigne aussi ma reconnaissance aux participants, chercheurs, coordonnateurs et assistants impliqués dans le cadre de ce projet de recherche. Un grand merci au statisticien Jean Bégin pour ta disponibilité et ton aide rigoureuse afin d'orienter mes analyses statistiques. Je remercie aussi l'aide statistique apportée par Dominic Beaulieu-Prévost. Je tiens à souligner ma grande appréciation à mes collègues Nadim Nachar, Véronique Rouvès et Fanny Alexandra Guimond pour votre rétroaction précieuse quant à ma thèse et mes articles. Je remercie Christophe Fortin pour ton aide dans l'utilisation du logiciel Prezi. Merci à Annie Viau, Annick Moisan, Frédéric Dussault et Sophy Sansfaçon pour vos encouragements. Je remercie mes collègues au Centre d'étude sur le trauma, à l'UQAM, ainsi que ceux rencontrés lors de mes stages au Centre de services psychologiques, à l'Institut Douglas et au Programme d'aide aux policiers et policières. Vous côtoyer au quotidien était stimulant, réconfortant et enrichissant.

C'est avec beaucoup de gratitude que je remercie mes chers parents Louise Gravel et Michel Crevier. Vous êtes les piliers dans ma vie, ma stabilité ainsi que ma plus grande source de soutien. Vous avez su m'écouter et être présents dans les moments de réjouissance ainsi que dans les périodes plus difficiles. Merci pour votre amour inconditionnel, votre curiosité intellectuelle, votre intérêt constant, votre soutien tangible

et émotionnel et pour la fierté dont vous me témoignez tous les jours. Un grand merci à Louise pour ta précieuse révision linguistique. Merci également à ma sœur Laïla G. Crevier pour ton appui, ta reconnaissance et tes encouragements.

Mes remerciements s'adressent également à des amis m'ayant offert une aide précieuse. Merci à Kevyn St-Jacques pour tes encouragements m'ayant permis de persévérer dans mes projets d'études. Merci à Mathieu Rhéaume pour ton intérêt, ta gentillesse et ton aide concrète. Merci à Shaun Ziman pour ton aide tangible. Un merci tout spécial à des amies particulièrement importantes, présentes et à l'écoute. Kim Regaudie, Christine Lapointe, Geneviève Nadeau, Vanessa Dorval, Aimée Roy et Ève Lavoie, vous côtoyer à travers nos activités sportives, nos déjeuners et nos longues discussions me rend heureuse et me permet de maintenir un sain équilibre de vie. Je témoigne mes remerciements à mon compagnon de vie, Élie Tochan. Merci de faire partie de ma vie, de m'encourager, de m'aider jusqu'aux derniers moments en simplifiant mon quotidien et de partager des projets de vie extraordinaires, dont notre condominium et nos voyages en Europe.

Finalement, la réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'obtention de bourses émérites de maîtrise des Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) et de doctorat du Programme de bourses d'études supérieures du Canada Joseph-Armand-Bombardier. Je remercie les belles opportunités de bourses émérites de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et de l'UQÀM.

Sincèrement merci.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ	xii
CHAPITRE I	
CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA THÈSE.....	1
1.1. Mise en contexte	1
1.1.1. La définition de l'ÉSPT	1
1.1.2. Les conséquences de l'ÉSPT	3
1.2. Perspective des individus avec un ÉSPT.....	5
1.2.1. Relation entre les symptômes et le soutien social	5
1.2.2. Le genre comme variable modératrice	7
1.3. Perspective des proches significatifs.....	10
1.3.1. Impact des difficultés des individus avec un ÉSPT sur les proches.....	10
1.3.2. ÉSPT et détresse chez les proches	12
1.3.3. La relation entre les symptômes des proches et le soutien social.....	13
1.3.4. Le genre et le statut relationnel comme variables modératrices.....	13
1.4. Une mesure d'observation du soutien social.....	15
1.5. Limites des connaissances actuelles.....	18
1.6. Objectifs de la thèse	20
1.7. Contenu du projet de thèse	22

CHAPITRE II

COMPOTEMENTS DE SOUTIEN OBSERVÉS : ASSOCIATIONS AVEC LES SYMPTÔMES D'ÉSPT, DÉPRESSIFS CONCOMITANTS ET LE GENRE.. 24

Résumé	26
Abstract	27
Gender Differences in Social Support	28
The Assessment of Social Support	29
The Current Study	30
Method.....	31
Participants	31
Measures 32	
Data Analyses	34
Results	35
Social Support Behaviors of Individuals with PTSD and their Significant Other	35
Social Support Behaviors and the Type of Symptoms	35
Gender as a Moderator of the Relation between Social Support and Symptoms .	35
Discussion	37
Social Support Behaviors of Individuals with PTSD and Significant Others	37
Social Support Behaviors and the Type of Symptoms	37
Gender as a Moderator of the Relation between Social Support and Symptoms	38
Strengths, Limitations and Implications	40
References	45

CHAPITRE III

SYMPTÔMES CHEZ LES PROCHES SIGNIFICATIFS DES INDIVIDUS AVEC UN ÉSPT : ASSOCIATIONS AVEC LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN OBSERVÉS, LE GENRE ET LE STATUT RELATIONNEL 50

Résumé	52
--------------	----

Abstract	53
Social Support Offered by Significant Others	55
Relationship Status and Gender as Moderators	56
The Current Study	59
Method.....	60
Participants and Procedure	60
Measurements	61
Data Analyses	64
Results	65
Difficulties of Individuals with PTSD and Significant Others' Symptoms	66
Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support.....	66
Relationship Status and Gender as Moderators in the Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support Behaviors	66
Discussion	68
Difficulties of Individuals with PTSD and Significant Others' Symptoms	68
Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support.....	69
Relationship Status and Gender as Moderators in the Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support Behaviors	70
Limitations, Strengths and Future Studies	71
References	78
 CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE	 84
4.1. Synthèse des principaux résultats pour les individus avec un ÉSPT.....	84
4.1.1. Les comportements de soutien émis par la dyade	84
4.1.2. Les symptômes des individus avec un ÉSPT et le soutien social.....	85

4.1.3. Le genre des individus avec un ÉSPT comme variable modératrice.....	86
4.1.4. Les différences de genre dans la communication et le soutien social	88
4.2. Résultats principaux pour les proches significatifs	91
4.2.1. Les difficultés des individus avec un ÉSPT et les symptômes des proches.	91
4.2.2. Les symptômes des proches et le soutien social	92
4.2.3. Le statut relationnel des proches comme variable modératrice	92
4.2.4. Le genre des proches comme variable modératrice	94
4.3. Unification des résultats des deux études empiriques.....	97
4.4. Implications cliniques des résultats	99
4.4.1. Les symptômes et la communication des individus avec un ÉSPT	99
4.4.2. Les symptômes et les comportements de soutien des proches	101
4.5. Considérations méthodologiques	104
4.5.1. Limites du projet de recherche doctorale.....	104
4.5.2. Forces du projet de recherche doctorale	107
4.6. Pistes de recherches futures.....	108
4.6.1. Bonifier la méthodologie de recherche.....	109
4.6.2. Utiliser des mesures du genre	109
4.6.3. Examiner le phénomène de fardeau.....	112
4.6.4. Bonifier la mesure d'observation avec le rappel assisté.....	113
4.6.5. Examiner la relation entre les ruminations et le soutien social.....	114
4.6.6. Étudier la sollicitation du soutien et la mobilisation des proches.....	115
4.6.7. Intégrer le proche significatif lors des séances de psychothérapie	116
4.7. Transfert des connaissances	118
4.8. Conclusion générale	119

APPENDICE A	
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉSPT, DSM-IV TR ET AU DSM-5 ..	121
APPENDICE B	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES	
ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES	127
APPENDICE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET ACCEPTATION ÉTHIQUE	130
APPENDICE D	
TABLEAU RÉSUMÉ DES MESURES	138
APPENDICE E	
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	140
APPENDICE F	
ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE SCID POUR L'ÉSPT	142
APPENDICE G	
MANUEL DE CODIFICATION D'INTERACTIONS DE SOUTIEN ET	
GRILLE DE CODIFICATION	150
APPENDICE H	
MESURE DES SYMPTÔMES D'ÉSPT	177
APPENDICE I	
AUTRES MESURES PSYCHOLOGIQUES	180
APPENDICE J	
COMPORTEMENTS DE SOUTIEN À FAVORISER CHEZ LES PROCHES	187
RÉFÉRENCES	189

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II (ARTICLE I)

Tableau 1	Means and Standard Deviations for the Ten Social Support of Individuals with PTSD and Significant Others and T-test.....	42
Tableau 2	Gender Comparisons of Socio-Demographic, Nature of Trauma and Type of Symptoms	43
Tableau 3	Correlations by Gender between the Ten Social Support Behaviors, PTSD Symptoms and Depressive Symptoms and the Test of Difference between Two Correlations.....	44

CHAPITRE III (ARTICLE II)

Tableau 1	Socio-Demographic Variables, Nature of the Trauma and Symptoms of Individuals with PTSD and their Significant Others.....	69
Tableau 2	Correlations by Gender between the Ten Social Support Behaviors of Significant Others and Depressive and Anxiety Symptoms and the Tests of Difference between Two Correlations.....	70
Tableau 3	Correlations by Status between the Ten Social Support Behaviors of Significant Others and Depressive and Anxiety Symptoms and the Tests of Difference between Two Correlations.....	71

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CATS	Couple Adaptation to Traumatic Stress Model
CET	Centre d'étude du trauma
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Évènement traumatique
ISFH	Institut de la santé des femmes et des hommes
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
TSC	Trauma Study Center
TCC	Thérapie cognitive comportementale
UQÀM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Les individus ayant développé un état de stress post-traumatique (ÉSPT), à la suite d'un évènement traumatique (ÉT), tentent généralement de surmonter leurs difficultés en sollicitant du soutien auprès de leur entourage. Les études montrent que plus les individus avec un ÉSPT reçoivent du soutien, moins leurs symptômes sont sévères. Par contre, les proches peuvent réagir de diverses manières quant aux demandes de soutien en raison, entre autres, de leur manque de connaissances par rapport aux difficultés des individus avec un ÉSPT. De surcroît, les proches peuvent parfois rapporter de la détresse et voire même développer eux-mêmes des symptômes. Dès lors, leurs comportements de soutien peuvent s'avérer moins appropriés.

Peu d'études se sont intéressées aux variables pouvant avoir un effet modérateur quant aux associations négatives observées entre l'intensité des symptômes et la qualité du soutien social. À cet effet, le genre pourrait représenter une variable modératrice, puisque les hommes et les femmes sollicitent, offrent et bénéficient différemment du soutien. Le statut relationnel pourrait représenter une autre variable modératrice puisque le degré d'implication quotidien varie si le proche est un ami, un membre de la famille ou un conjoint. D'ailleurs, aucune étude précédente n'a examiné les liens entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., les symptômes et l'altération du fonctionnement) et la détresse des proches (c.-à-d., les symptômes anxieux et dépressifs). Enfin, peu d'études ont utilisé une mesure d'observation afin d'examiner les comportements de soutien.

Conséquemment, la présente thèse visait à étudier les liens entre la sévérité des symptômes et la qualité des divers comportements de soutien selon la perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs. Des associations négatives étaient attendues. Cette recherche s'intéressait également à tester l'effet modérateur du genre et du statut relationnel dans ces associations. Des effets modérateurs significatifs étaient prédits, soient de plus fortes relations négatives chez les femmes par rapport aux hommes et chez les conjoints par rapport aux amis et la famille.

Au total, 68 individus avec un ÉSPT et leurs proches significatifs ont participé à l'étude. Ceux-ci ont complété des entrevues cliniques, des questionnaires et une tâche d'observation filmée. À cet effet, la dyade a été invitée à discuter pendant 15 minutes des difficultés liées à l'ÉSPT. Leurs comportements de soutien respectifs ont ensuite été analysés selon une grille de codification validée.

Les résultats révèlent que pour les individus avec un ÉSPT, les associations négatives trouvées entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs et certains de leurs comportements de soutien s'avèrent plus fortes chez les femmes que pour les hommes. Quant aux proches significatifs, la sévérité des difficultés des individus

avec un ÉSPT n'est pas associée à l'intensité de leurs symptômes anxieux et dépressifs. Cependant, certaines relations négatives émergent entre la sévérité de leurs symptômes anxieux et dépressifs et la qualité de leur soutien. De plus, le genre et le statut relationnel s'avèrent des variables modératrices dans certaines de ces associations. Les liens observés s'avèrent plus forts pour les hommes que pour les femmes, et plus marqués pour les conjoints que pour les amis et la famille.

Or, il se pourrait que les rôles de genre influencent les liens entre les symptômes et le soutien social. À cet effet, il apparaît que les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs communiquent et offrent du soutien moins adéquatement que les hommes, avec un ÉSPT, possiblement en raison de la présence plus marquée et néfaste de ruminations. Par contre, les hommes dans une position d'aidants semblent communiquer et offrir du soutien de manière moins appropriée que les femmes aidantes, et ce, lorsqu'ils présentent eux-mêmes des symptômes anxieux et dépressifs. Il semble également ardu pour les conjoints de conserver une distance émotionnelle optimale, comparativement aux amis et la famille, par rapport aux difficultés des individus avec un ÉSPT lorsqu'ils sont eux-mêmes fragilisés par des symptômes anxieux et dépressifs. Sur le plan clinique, il semble adapté de favoriser la gestion des symptômes et la sollicitation du soutien chez les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs concomitants. Qui plus est, il semble pertinent d'encourager la gestion des symptômes et l'adoption de comportements de soutien adéquats chez les proches, et plus spécifiquement chez les hommes et les conjoints aidants.

Mots clés : état de stress post-traumatique, soutien social, genre, proches, observation

La présentation de la thèse en quatre chapitres

Le chapitre I situe l'état des écrits quant aux liens entre l'ÉSPT, le soutien social et les variables potentiellement modératrices du genre et du statut relationnel. La perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs y est présentée.

Le chapitre II propose un article qui examine les liens entre les symptômes des individus avec un ÉSPT, les comportements de soutien de la dyade et le genre.

Le chapitre III présente un deuxième article qui détermine l'association entre les difficultés des individus avec un ÉSPT et la détresse des proches significatifs. Ensuite, les liens entre les symptômes des proches, leurs comportements de soutien, le genre et le statut relationnel y sont étudiés.

Le chapitre IV offre une discussion générale et une analyse critique des résultats. Des considérations méthodologiques, des implications cliniques, des pistes de recherche futures, le transfert des connaissances et une brève conclusion y sont aussi proposés.

CHAPITRE I
CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA THÈSE

CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA THÈSE

1.1. Mise en contexte

Au Canada, 76 % de la population générale rapporte avoir déjà fait l'expérience d'un événement traumatique (ÉT) au cours de leur vie. Plusieurs types d'événements peuvent s'avérer traumatiques tels que les combats militaires, les agressions physiques ou sexuelles, les vols qualifiés, les prises d'otage, les accidents graves de la route et les catastrophes naturelles. Toutefois, ce ne sont pas tous ces individus¹ qui développent subséquemment des réactions post-traumatiques. À cet effet, le taux de prévalence à vie du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) au Canada se situe à environ 9 % (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008).

1.1.1. La définition de l'ÉSPT

L'ÉSPT se caractérise par une réponse de stress à la suite d'un ÉT. *L'American Psychiatric Association* (APA) considère un événement comme étant traumatique lorsqu'un individu est victime, témoin ou confronté à un événement où sa vie ou son intégrité physique ou encore celle d'autrui est menacée (critère A1). Sa réaction émotionnelle à l'événement se traduit alors par l'une des trois émotions suivantes, soit une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (critère A2). Subséquemment, afin d'établir un diagnostic d'ÉSPT, l'individu doit présenter des symptômes appartenant aux trois critères suivants : (B) un symptôme de reviviscence constante de l'ÉT (c.-à-d., des souvenirs répétitifs et intrusifs, des cauchemars, des *flashbacks*, un sentiment de détresse ou des réactions physiques lors de l'exposition à des stimuli rappelant le trauma), (C) trois symptômes d'évitement et d'émoussement de la réactivité générale (c.-à-d., un évitement des pensées, conversations, personnes ou lieux rappelant le trauma, l'incapacité à se souvenir de détails importants de l'événement, une perte d'intérêt, un sentiment de détachement quant à autrui, une restriction des affects ou une perception d'avenir bouché)

¹ Le genre masculin est employé dans son sens générique tout au long du texte, et n'implique aucune discrimination fondée sur le genre.

en plus de (D) deux symptômes d'hyperactivation neurovégétative (c.-à-d., des difficultés de sommeil, une irritabilité marquée, des difficultés de concentration, une hypervigilance ou des réactions de sursauts exagérées). La symptomatologie doit être présente durant au moins un mois. Elle doit aussi entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement personnel, social ou professionnel. Les critères diagnostics de l'ÉSPT présentés par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux se trouvent à l'appendice A (DSM-IV-TR :American Psychiatric Association, 2000).

Il est à noter que la présente recherche s'est basée sur les plus récents critères diagnostiques disponibles au moment de l'élaboration du projet, soit le DSM-IV TR. Toutefois, en mai 2013, la cinquième version du DSM est parue (American Psychiatric Association, 2013). Afin, d'actualiser les connaissances, les principaux changements sont brièvement exposés dans cette section. En premier lieu, l'ÉSPT ne fait plus partie de la catégorie des troubles anxieux. Il s'intègre maintenant à celle des troubles liés à des traumatismes et à des stressors. Cette nouvelle catégorisation permet de mettre l'accent sur le fait que les troubles qui s'y trouvent sont directement précipités par un événement identifiable. Quant aux critères diagnostiques de l'ÉSPT, le critère A est désormais plus explicite et ajoute que le fait d'être exposé de manière répétée ou extrême à des détails troublants voire aversifs peut s'avérer traumatique (p. ex., un policier qui doit examiner constamment des photos d'enfants victimes de maltraitance). Toutefois, l'exposition via les médias, la télévision, les films ou les photos ne s'avère pas traumatique, sauf dans le cadre du travail. De plus, le critère A2 ciblant les émotions vécues lors de l'ÉT a été retiré. Les symptômes sont maintenant regroupés sous quatre catégories. La nouveauté réside dans le fait que le critère de l'évitement et de l'émoussement (l'évitement maintenant devenu le critère B) a été divisé en deux critères créant ainsi un nouveau critère C faisant référence aux altérations cognitives et émotionnelles. Les symptômes du blâme de soi, des perceptions négatives et persistantes de soi, des autres et du monde, ainsi que de l'état émotionnel négatif envahissant ont été ajoutés à ce critère. Dans le critère D qui réfère à l'hyperactivation neurovégétative, un nouveau symptôme a été inséré soit la présence de comportements imprudents et autodestructeurs (p. ex., automutilation et consommation abusive d'alcool et de drogues). Une précision a été ajoutée

quant au fait que les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une condition médicale. Finalement, le sous-type dissociatif a été joint afin d'identifier les individus avec un ÉSPT rapportant des symptômes dissociatifs persistants tels que la dépersonnalisation et la déréalisation. Les nouveaux critères du DSM 5 se retrouvent en détail à l'appendice A (DSM 5 : American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Les conséquences de l'ÉSPT

L'ÉSPT entraîne de nombreuses conséquences notables chez les victimes d'ÉT dans la population générale, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la symptomatologie engendre généralement une détresse psychologique incapacitante chez les individus aux prises avec un ÉSPT (Brillon, 2010). En effet, ces derniers peuvent éprouver diverses émotions liées soit à l'agresseur, leurs propres comportements lors de l'évènement, leurs symptômes ou les réactions de leur entourage. Par conséquent, les émotions vécues sont diverses, telles que de la colère, l'anxiété, la honte, la culpabilité, le désespoir ainsi que des sentiments de trahison et d'injustice. Sans intervention adéquate, les symptômes ont tendance à devenir chroniques pour plus d'un an pour plus de la majorité des individus ayant développé un ÉSPT (Van Ameringen, et al., 2008).

Les symptômes d'ÉSPT bouleversent significativement la qualité de vie et le fonctionnement des individus avec un ÉSPT (Nachar, Guay, Beaulieu-Prévost, & Marchand, 2013). Au quotidien, ces derniers rapportent généralement être fatigués et moins motivés à compléter leurs tâches domestiques et leur routine. Sur le plan occupationnel, le rendement des travailleurs est souvent altéré par les symptômes d'ÉSPT, et d'autant plus si l'évènement s'est produit au travail. La relation avec l'employeur et les collègues peut aussi en être affectée et se retrouver teintée de jugements négatifs et de critiques. Plusieurs travailleurs nécessitent un arrêt de travail temporaire pour leur sécurité psychologique et/ou physique en raison de leurs symptômes, qui entraînent des difficultés financières (Brillon, 2010). Quant au fonctionnement social, les individus avec un ÉSPT rapportent fréquemment des

difficultés interpersonnelles. À cet effet, les couples dont un partenaire rapporte un ÉSPT présentent davantage de détresse conjugale, de difficultés d'ajustement, d'intimité et de communication (Cook, Riggs, Thompson, Coyne, & Sheikh, 2004). Les individus avec un ÉSPT éprouveraient une plus grande altération de leur fonctionnement et utiliseraient davantage de ressources médicales que les patients ne rapportant pas de trouble de santé mentale (Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000) et que les victimes d'ÉT ne présentant pas d'ÉSPT (Richardson, Elhai, & Pedlar, 2006). Cette dernière étude indique également que la sévérité des symptômes dépressifs était associée à davantage de consultations médicales.

Sur le plan clinique, pour près de 75 % des individus avec un ÉSPT, leurs difficultés s'accompagnent d'au moins un autre trouble de santé mentale concomitant. À cet effet, un peu plus de 50 % des individus avec un ÉSPT souffrent aussi de dépression majeure (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). D'ailleurs, en plus de l'influence néfaste des symptômes d'ÉSPT, les symptômes dépressifs semblent nuire aux relations interpersonnelles en augmentant la fréquence des conflits. Ces difficultés relationnelles peuvent s'expliquer par le fait que les symptômes dépressifs sont associés à des difficultés sur le plan de la communication, telle que des rétroactions négatives, des demandes de réassurance excessives, des attributions négatives, des ruminations et des habiletés sociales réduites (Joiner Jr., 2001). En somme, l'ÉSPT entraîne de graves conséquences chez les individus avec un ÉSPT, dont de la détresse, une altération du fonctionnement général, des difficultés interpersonnelles et des symptômes dépressifs. Il apparaît alors approprié de documenter les variables pouvant modérer la trajectoire évolutive de l'ÉSPT. À cet effet, les études antérieures suggèrent que le soutien social pourrait être en jeu.

1.2. Perspective des individus avec un ÉSPT

1.2.1. Relation entre les symptômes et le soutien social

À la suite d'un ÉT, la majorité des individus recherchent du soutien auprès de leur entourage afin de surmonter leurs difficultés. Globalement, le concept de soutien social réfère aux ressources des proches et aux interactions avec ceux-ci qui permettent d'aider un individu à surmonter une difficulté et à promouvoir sa santé et son bien-être. L'écoute active, les informations, les conseils, l'aide tangible avec les tâches et les déplacements, les activités distrayantes et les signes d'affection sont autant de variables qui font référence au soutien social (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Wills & Fegan, 2001).

Certains modèles théoriques présentent le soutien social comme étant une variable pouvant moduler le développement et le maintien de l'ÉSPT (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foy, Osato, Houskamp, & Neumann, 1992; Jones & Barlow, 1990; Joseph, Williams, & Yule, 1997). À titre d'exemple, Brewin et ses collègues (1996) mentionnent que le soutien émotionnel (p. ex., encourager l'individu à ventiler ses émotions) permettrait de réduire les affects négatifs vécus par les victimes d'ÉT. De plus, le soutien de l'entourage offrirait l'opportunité à l'individu de s'exposer en parlant des souvenirs associés à l'ÉT, ce qui contribuerait au processus d'habituation. L'exposition consiste à être exposé de manière continue et répétée à des stimuli rappelant l'ÉT afin d'augmenter la tolérance aux intrusions post-traumatiques et aux émotions qui y sont associées. Conséquemment, ces expositions favoriseraient l'habituation, c'est-à-dire le fait de constater une diminution graduelle de l'intensité et/ou de la fréquence d'apparition d'une réponse en présence des stimuli rappelant l'ÉT. De plus, le fait de parler de l'ÉT pourrait aussi favoriser une certaine réévaluation de l'évènement (p. ex., révision de sa responsabilité pouvant diminuer le blâme de soi). Pour sa part, le modèle de Joseph et ses collaborateurs (1997) ajoute que la recherche de soutien auprès des proches représenterait une stratégie active de gestion du stress en favorisant des comportements d'approche plutôt que l'évitement. À cet effet, plus l'individu se confierait à ses proches, plus il parviendrait à s'exposer aux souvenirs de l'ÉT, et ainsi à mieux les assimiler. Le fait de discuter avec des proches pourrait également permettre

d'obtenir différents points de vue, et d'aider l'individu à réévaluer certaines interprétations et attributions causales liées aux émotions ressenties (p. ex., la culpabilité peut être ressentie quand la cause est perçue comme interne, « je ne me suis même pas défendue »). Ce processus d'intégration émotionnel et de réévaluation cognitive permettrait de protéger l'individu d'une certaine manière quant au développement d'un ÉSPT. Dans la même lignée, le modèle d'Ehlers & Clark (2000) stipule également que le soutien pourrait favoriser une interprétation plus adaptée de l'ÉT. Toutefois, les interactions sociales négatives avec l'entourage pourraient accentuer certaines attributions négatives favorisant le sentiment de détachement et l'isolement (p. ex., les critiques qui contribuent au blâme de soi).

Les modèles théoriques précédents soulignent également l'aspect multidimensionnel du concept de soutien social qui se caractérise par des comportements d'aide bénéfiques ainsi que des interactions sociales négatives. En effet, l'entourage peut parfois répondre aux demandes de l'individu avec un ÉSPT de manière inappropriée (p. ex., critiques, déni, blâme et minimisation des problèmes) souvent par manque de connaissances (Mickelson, Helgeson, & Weiner, 1995). Or, l'impact du soutien peut s'avérer à la fois positif et nuisible pour l'individu souffrant d'un ÉSPT. À cet effet, le soutien social représente un facteur de protection (c.-à-d., des caractéristiques qui ont un effet modérateur dans l'évolution de l'ÉSPT, et qui favorisent l'adaptation, le rétablissement ou qui réduit le risque de développer un l'ÉSPT) ainsi qu'un facteur de risque (c.-à-d., des caractéristiques qui contribuent à la probabilité de développer des conséquences à la suite d'un ÉT, et qui sont associés au déclenchement, au maintien ou à l'exacerbation de l'ÉSPT). À cet effet, une méta-analyse a montré que parmi 14 facteurs de risque, le manque de soutien social représentait le prédicteur du développement de l'ÉSPT le plus puissant (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Deux autres méta-analyses subséquentes ont identifié la perception du soutien reçu à la suite d'un ÉT comme étant l'un des trois prédicteurs les plus importants de l'ÉSPT (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2008). Des études menées auprès de femmes avec un ÉSPT dans la population générale ont montré que la fréquence des interactions sociales négatives rapportée avec l'entourage à la suite d'une agression sexuelle permettait de prédire la

sévérité de l'ÉSPT (Ullman & Filipas, 2001; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999). Une autre étude auprès de militaires, majoritairement des hommes, a trouvé que les interactions sociales négatives étaient associées à la sévérité des symptômes d'ÉSPT et aussi des dépressifs concomitants (Lavoie, Guay, Fikretoglu, Brunet, & Boisvert, 2009). Les chercheurs d'une étude menée auprès de victimes d'actes criminels soutiennent aussi cette association (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). Une autre étude révèle que chez les femmes ayant vécu des abus à l'enfance et des agressions sexuelles à l'âge adulte, un haut niveau de soutien social des proches permettait de prédire des symptômes d'ÉSPT moins sévères (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006). En somme, toutes ces études suggèrent que les comportements positifs et négatifs de soutien offerts par les proches représentent deux processus distincts qui méritent d'être étudiés séparément.

Parallèlement, comme la dépression est rapportée chez plus de 50 % des individus aux prises avec un ÉSPT (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), il apparaît à propos d'examiner les liens entre les symptômes dépressifs et les comportements de soutien à la suite d'un ÉT. À cet effet, une étude prospective a révélé que les interactions sociales négatives à la suite d'un ÉT étaient associées tant à l'ÉSPT qu'à la dépression concomitante (Zoellner, et al., 1999). Les résultats d'une étude subséquente ont montré que les symptômes dépressifs concomitants jouaient même un plus grand rôle dans les conflits interpersonnels que les symptômes d'ÉSPT (Beck, Grant, Clapp, & Palyo, 2009). En effet, l'intensité des symptômes dépressifs était associée à une altération du fonctionnement interpersonnel général. Globalement, malgré l'abondance d'études appuyant la présence d'associations négatives entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT, les symptômes dépressifs et la qualité du soutien offert par les proches, les facteurs pouvant modérer ces relations ont été peu documentés. Or, il semble que le genre puisse jouer un rôle dans ces associations.

1.2.2. Le genre comme variable modératrice

Une récente revue des écrits indique que les femmes sont deux fois plus à risque de développer un ÉSPT que les hommes (Tolin & Foa, 2006). Certaines variables liées au

genre pourraient expliquer ce résultat. À cet effet, les auteurs argumentent que la socialisation différente chez les femmes et les hommes pourrait expliquer certaines différences quant aux ÉT et l'ÉSPT. À titre d'exemple, la plus grande permission des comportements à risque chez les hommes pourrait expliquer, en partie, qu'ils rapportent avoir vécu davantage d'ÉT que les femmes. Par contre, la recension soutient également que le risque conditionnel de développer un ÉSPT à la suite d'un ÉT est plus grand pour les femmes, et ce, pour presque tous les types d'ÉT sauf pour l'agression sexuelle à l'enfance. Il semble que l'expression de la détresse et des symptômes internalisés (p. ex., symptômes dépressifs et anxieux) et la recherche d'aide auprès du réseau social soient plus tolérées chez les femmes que chez les hommes. Bref, les liens entre l'ÉSPT et le genre apparaissent particulièrement pertinents à explorer et à documenter.

Quant au soutien social précisément, peu d'études se sont intéressées à comparer les différences de genre dans comportements de soutien sollicités et offerts par les femmes et les hommes à la suite d'un ÉT, du moins au-delà de l'analyse du genre comme variable contrôle (Guay, Billette, & Marchand, 2006). Il semble que les études actuelles ont peu tenté de déterminer si le genre représente une variable modératrice quant aux liens entre la sévérité des symptômes des individus avec un ÉSPT et la qualité des divers comportements de soutien social échangés avec les proches.

Avant d'aller plus loin, il semble approprié de définir les notions de sexe et de genre qui sont des termes fréquemment interchangeables dans la littérature et peu définis. Le sexe réfère aux aspects biologiques incluant l'anatomie, les gènes et les hormones qui permettent de distinguer les hommes et les femmes. La notion de genre, examinée dans cette recherche, s'inscrit dans un contexte social et culturel référant à des dimensions socialement prescrites et vécues comme étant féminines et masculines, des concepts tels que les rôles de genre et l'identité de genre (Johnson, Greaves, & Repta, 2009). À cet effet, ces chercheurs définissent les rôles de genre comme les normes comportementales attendues pour une femme et un homme en société. Quant à l'identité de genre, elle réfère à la manière dont les individus se perçoivent en tant que femme ou homme, ce qui peut être influencé par les attentes sociales. L'examen de ces variables liées au genre pourrait

permettre de documenter les différences pouvant être observées entre les femmes et les hommes.

La littérature sur le genre s'est principalement intéressée à comparer les liens entre le soutien social et la santé mentale en général chez les femmes et les hommes. Sommairement, les femmes semblent percevoir davantage de soutien de leurs proches, car elles seraient plus fréquemment en contact avec leur réseau social, et leurs relations interpersonnelles seraient caractérisées par davantage d'intimité, de révélation de soi et d'empathie (Turner, 1994). D'autant plus, pour les femmes avec un trouble d'anxiété, le soutien de leur entourage apparaît plus fortement associé à leur bien-être psychologique que pour les hommes (St-Jean-Trudel, Guay, & Marchand, 2009). Toutefois, la forte implication des femmes dans leur réseau social engendrerait plus d'occasion de conflits interpersonnels et d'interactions sociales négatives pouvant conséquemment générer de la détresse chez celles-ci (Kessler & McLeod, 1984; Turner, 1994).

À notre connaissance, une seule étude a examiné l'effet modérateur du genre quant aux liens entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT et la qualité du soutien des proches auprès de victimes d'un ÉT dans la population générale (Andrews, et al., 2003). Les résultats ont révélé qu'à la suite d'un acte criminel, les femmes et les hommes rapportaient des niveaux comparables de soutien, et en tiraient la même satisfaction. Toutefois, les femmes rapportaient plus d'interactions sociales négatives avec l'entourage à la suite de l'ÉT. Les chercheurs ont également trouvé un effet modérateur du genre dans la relation entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et la qualité du soutien social. Ainsi, l'association positive entre les interactions sociales négatives et les symptômes d'ÉSPT était plus forte chez les femmes comparativement aux hommes. Toutefois, un seul item a été utilisé afin de mesurer la perception des interactions sociales négatives.

Les études précédentes soutiennent également l'influence des symptômes dépressifs concomitants dans les relations interpersonnelles, et la forte association avec le soutien social à la suite d'un ÉT. Par contre, aucune étude n'a examiné l'effet potentiellement modérateur du genre quant aux liens entre les symptômes dépressifs et le soutien social chez les individus avec un ÉSPT et leurs proches.

En somme, il ressort avec évidence que la perception des comportements positifs et négatifs de soutien offert par l'entourage à la suite d'un ÉT modulent l'intensité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs concomitants. Sur la base d'une seule étude empirique, il semble que le genre ait un effet modérateur quant aux liens entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et la qualité du soutien social (Andrews, et al., 2003). Par contre, les connaissances actuelles quant aux liens entre les symptômes des individus avec un ÉSPT, les comportements de soutien échangés avec les proches et le genre demeurent limitées. En outre, jusqu'à présent, les études citées ont porté sur l'expérience des individus souffrant d'un ÉSPT. Cependant, qu'en est-il des proches significatifs qui doivent subitement composer avec les difficultés et les symptômes des individus avec un ÉSPT?

1.3. Perspective des proches significatifs

1.3.1. Impact des difficultés des individus avec un ÉSPT sur les proches

Tout d'abord, les proches significatifs peuvent représenter un conjoint, un ami ou un membre de la famille de l'individu avec un ÉSPT (Chartier-Otis, Perreault, Belanger, & Marchand, 2010) avec lequel il se sent en confiance et peut solliciter du soutien. Les modèles conceptuels suggèrent une relation d'interdépendance entre les relations interpersonnelles et les maladies mentales telles que l'ÉSPT. Selon le modèle de Segrin (2001), les difficultés interpersonnelles peuvent à la fois représenter un facteur de vulnérabilité prédisposant le développement de l'ÉSPT, une conséquence négative de l'ÉSPT ou un facteur de maintien des symptômes d'ÉSPT. Dans la même lignée, le *Couple Adaptation to Traumatic Stress Model* (CATS) de Goff & Smith (2005) démontre l'importance d'examiner les relationnelles interpersonnelles et particulièrement les relations conjugales dans l'adaptation des individus à la suite d'un ÉT. Ce modèle circulaire soutient une certaine interinfluence entre trois facteurs 1) les symptômes d'ÉSPT et le niveau de fonctionnement de la victime d'un ÉT et du conjoint, 2) les facteurs de risque et les ressources de la victime et du conjoint et 3) la qualité de la relation conjugale. L'interinfluence entre ces trois facteurs suggère, entre autres, que la

qualité de la relation conjugale pourrait influencer l'intensité des symptômes et la sévérité de l'altération du fonctionnement de l'individu avec un ÉSPT. D'ailleurs, les difficultés de l'individu avec un ÉSPT pourraient aussi avoir un impact négatif sur le fonctionnement conjugal. Les difficultés de l'individu avec un ÉSPT pourraient également favoriser le développement de symptômes chez le conjoint, qui eux, pourraient ensuite exacerber les symptômes déjà présents chez la victime.

Certains chercheurs ont examiné la relation entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et la détresse des proches significatifs. À cet effet, Figley (1998) s'est intéressé au concept de stress traumatique secondaire qu'il définit comme étant le résultat du stress provoqué par le fait d'être exposé aux difficultés et aux symptômes de l'individu avec un ÉSPT. Les proches en tant qu'aidants pourraient progressivement se sentir envahis émotionnellement, vivre de l'impuissance et éprouver un ébranlement de leurs croyances en un monde sécuritaire. Une récente revue des écrits explique que le stress traumatique secondaire réfère au développement de symptômes d'ÉSPT chez les proches significatifs (p. ex., cauchemars, souvenirs intrusifs et flashbacks) semblables à ceux vécus par les individus avec un ÉSPT (Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov, & Frančišković, 2013). Les études empiriques qui appuient ce phénomène de stress traumatique secondaire ont été menées auprès de vétérans avec un ÉSPT et de leur conjointe. Les résultats ont révélé que les symptômes d'ÉSPT des vétérans étaient associés à de la détresse, à des problèmes émotionnels et à des symptômes d'ÉSPT chez les conjointes (Bramsen, van der Ploeg, & Twisk, 2002; Dekel & Solomon, 2006). Toutefois, ces études se sont limitées à la population militaire. Or, la population militaire présente certaines caractéristiques particulières et distinctives comparativement aux civils. En fait, les ÉT sont généralement multiples et plus sévères chez les militaires et le diagnostic d'ÉSPT est plus fréquent (Brewin, et al., 2000). De plus, la communication est souvent limitée, et la famille du militaire peut vivre des émotions difficiles et de l'incertitude quant au danger de la mission et aux risques de blessures et de mort (Whealin & Pivar, 2007). De surcroît, le conjoint non militaire doit souvent gérer la routine quotidienne et/ou familiale seul durant les missions. Conséquemment, l'ÉSPT pourrait avoir un plus grand impact sur les conjointes de vétérans comparativement aux civils. La seule étude menée auprès

d'individus avec un ÉSPT dans la population générale n'a pas confirmé de stress traumatique secondaire chez les conjoints (Chartier-Otis, Guay, & Marchand, 2009). En effet, aucune association significative n'a été trouvée entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT des individus avec un ÉSPT et l'intensité de la détresse des conjoints (c.-à-d., la présence de symptômes anxieux et dépressifs). Par contre, certains conjoints présentaient tout de même des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité modérée.

1.3.2. ÉSPT et détresse chez les proches

Sans nécessairement développer des symptômes post-traumatiques, les proches significatifs en tant qu'aidants peuvent rapporter de multiples stressseurs cumulatifs. Ceux-ci doivent s'adapter non seulement aux symptômes des individus avec un ÉSPT, mais aussi à l'altération de leur fonctionnement dans diverses sphères de vie (p. ex., arrêt de travail, difficultés relationnelles et diminution de l'implication dans les tâches domestiques, familiales et dans les loisirs). Les proches d'individus avec un ÉSPT pourraient être à risque de vivre du stress, des problèmes émotionnels et des symptômes au moment où les demandes d'aide dépassent leurs capacités personnelles (Chartier-Otis, et al., 2010). En prolongement avec l'étude de Chartier-Otis et ses collègues (2009), il semble pertinent d'examiner les liens entre la sévérité de l'ensemble des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., les symptômes d'ÉSPT, anxieux et dépressifs et l'altération du fonctionnement) et la détresse des proches significatifs (c.-à-d., les symptômes anxieux et dépressifs). Ces associations n'ayant pas été testées auparavant.

En somme, la littérature montre que le concept de stress traumatique secondaire est observé chez les conjointes de vétérans, mais pas chez les civils. Cependant, par l'accumulation de stressseurs quotidiens liés à l'ÉSPT, les proches aidants pourraient progressivement être à risque de vivre de la détresse et de développer des symptômes. Par contre, aucune étude antérieure ne s'est intéressée aux liens entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT dans la population générale et la détresse des proches. En outre, les liens entre ces variables et le soutien social sont méconnus.

1.3.3. La relation entre les symptômes des proches et le soutien social

Les études précédentes se sont intéressées à la détresse et aux symptômes pouvant être rapportés par les proches. Par contre, aucune étude n'a examiné les associations possibles entre la sévérité des symptômes des proches aidants et la qualité du soutien qu'ils offrent aux individus souffrant d'un ÉSPT. Il se pourrait que les proches significatifs qui rapportent davantage de symptômes anxieux et dépressifs soient moins disponibles émotionnellement pour répondre adéquatement aux demandes d'aide. Plusieurs études ont rapporté que les proches peuvent parfois interagir de manière négative avec les individus avec un ÉSPT, par exemple en les blâmant ou en les critiquant (Andrews, et al., 2003; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner, et al., 1999). Or, ces études précédentes n'ont pas testé les liens entre les comportements de soutien émis par les proches et leurs symptômes. D'ailleurs, les variables pouvant avoir un effet modérateur quant aux associations entre les symptômes des proches et la qualité du soutien offert aux individus avec un ÉSPT n'ont pas été explorées. À cet effet, deux variables pourraient être considérées, soit le genre et le statut relationnel du proche (c.-à-d., un conjoint versus un ami ou un membre de la famille).

1.3.4. Le genre et le statut relationnel comme variables modératrices

Généralement, les individus souffrant d'un ÉSPT qui sont en couple identifient leur conjoint comme étant la plus importante source de soutien (Denkers, 1999). Ce résultat pourrait s'expliquer, entre autres, par le fait que la cohabitation amène les conjoints à être particulièrement impliqués dans la vie quotidienne des individus aux prises avec un ÉSPT comparativement aux amis et aux membres de la famille. La présence de symptômes d'ÉSPT dans la vie de l'un des partenaires exige un ajustement conjugal notable (c.-à-d., la manière dont les deux partenaires s'adaptent et communiquent ensemble afin de surmonter des difficultés). L'individu avec un ÉSPT présente des symptômes et des changements de comportements qui peuvent persister dans le temps et affecter

négativement le quotidien du couple (p. ex., isolement, évitement des conversations et des situations rappelant l'événement ou celles jugées comme étant potentiellement dangereuses, perte d'intérêt et détachement émotionnel). Ces comportements peuvent alors être difficiles à comprendre, à accepter et à gérer au quotidien pour le conjoint, et conséquemment générer des difficultés conjugales. À cet effet, une recension des écrits a révélé que les conjoints d'individus avec un ÉSPT présentaient un plus faible ajustement conjugal, une moins bonne communication et plus de difficultés liées à l'intimité conjugale que les conjoints d'individus n'ayant pas d'ÉSPT (Dekel & Monson, 2010).

De leur côté, les individus avec un ÉSPT qui sont célibataires, séparés ou divorcés recherchent généralement du soutien auprès d'un ami ou d'un membre de la famille. La majorité des études examine le soutien conjugal ou le soutien offert par l'ensemble du réseau social. Il se pourrait que les membres de la famille et les amis apportent une aide distincte de celle des conjoints puisqu'ils ne sont pas nécessairement témoins au quotidien des difficultés des individus avec un ÉSPT. Ils sont ainsi moins fréquemment témoins des symptômes et des changements de comportements des individus avec un ÉSPT qui pourraient générer des difficultés d'ajustement. Or, les membres de la famille et les amis pourraient ainsi offrir plus aisément du soutien de manière ponctuelle en conservant une meilleure distance émotionnelle comparativement aux conjoints. Or, les études présentées antérieurement qui ciblaient les liens entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et ceux rapportés par les proches se sont concentrées exclusivement aux conjoints et n'ont pas comparé leur soutien à celui de la famille et des amis. En conséquence, les connaissances s'avèrent limitées en ce qui a trait au rôle potentiellement modérateur du statut quant aux liens entre les symptômes des proches et la qualité de leurs comportements de soutien.

Les résultats des études sur le genre et le soutien social ont observé que les femmes étaient particulièrement investies dans leur réseau et elles offraient et bénéficiaient grandement du soutien social. De plus, les caractéristiques féminines valorisent le fait de prendre soin des autres (Johnson & Repta, 2012). Par contre, la difficulté des femmes à répondre aux multiples demandes d'aide pourrait également les amener à vivre plus de détresse, d'interactions sociales négatives et de tensions interpersonnelles

comparativement aux hommes (Fuhrer, Stansfeld, Chemali, & Shipley, 1999; Kessler & McLeod, 1984; Turner, 1994). Cet investissement relationnel pourrait alors engendrer une certaine détresse au moment où les demandes d'aide surpassent les ressources du proche aidant, et ce, particulièrement chez les femmes (Coyne & DeLongis, 1986). Toutefois, la seule étude ayant ciblé des victimes d'ÉT et les conjoints dans la population générale, n'a pas testé l'effet modérateur du genre quant aux associations entre les symptômes des proches et leurs comportements de soutien (Chartier-Otis, et al., 2009). Par conséquent, l'effet potentiellement modérateur du genre quant aux liens entre les symptômes des proches et leurs comportements de soutien demeure méconnu.

En somme, les résultats études précédentes ont trouvé des associations positives entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT des militaires et la présence de symptômes chez les conjointes. Toutefois, ces associations s'avèrent incertaines quant aux individus avec un ÉSPT et les proches significatifs dans la population générale. Précisément, les liens entre la sévérité de l'ensemble des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., les symptômes et l'altération du fonctionnement) et la détresse des proches (c.-à-d., l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs) n'ont pas été examinés. De surcroît, les liens entre l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs des proches et la qualité de leurs comportements de soutien n'ont pas été vérifiés. Ainsi, les connaissances s'avèrent limitées en ce qui concerne la détresse des proches significatifs en tant qu'aidants et leur capacité à offrir du soutien. Conséquemment, les variables pouvant avoir un effet modérateur (p. ex., le genre et le statut relationnel) quant aux liens entre leurs symptômes anxieux et dépressifs et leurs comportements de soutien restent méconnues. À la suite de l'examen de la perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs, une limite méthodologique commune demeure, soit l'utilisation principalement de mesures autorapportées pour examiner les diverses dimensions du soutien social.

1.4. Une mesure d'observation du soutien social

Le soutien social représente un concept multidimensionnel, et sa mesure varie d'une étude à l'autre. La littérature sur le soutien social propose deux dimensions principales,

c'est-à-dire le soutien perçu et le soutien reçu. Le soutien perçu représente la perception que les comportements d'aide seront disponibles et offerts en cas de besoin, tandis que le soutien reçu renvoie aux comportements de soutien actuels que les proches exécutent afin de porter assistance à une personne (Barrera, 1986). Une méta-analyse a trouvé des corrélations modérées ($\bar{r} = .35$) entre le soutien perçu et reçu (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007), soulignant la présence de deux concepts relativement indépendants. Les études actuelles se sont concentrées sur l'étude du soutien perçu et souligne une forte relation négative avec les symptômes d'ÉSPT (Guay, Marchand, & Billette, 2006)

Pour sa part, le soutien reçu a été moins documenté dans la littérature en raison de la difficulté à le mesurer directement. La majorité des études l'ont examiné à partir de mesures autorapportées où les individus étaient invités à identifier les proches aidants, le nombre de comportements de soutien et le type de soutien offert. Malgré leurs bons indices psychométriques, ces instruments mesurent principalement la perception du soutien, puisque les chercheurs ne vérifient pas l'exactitude des réponses (Charuvastra & Cloitre, 2008). Les résultats obtenus sont alors biaisés puisqu'ils ne permettent pas d'évaluer de manière appropriée le concept de soutien reçu. En outre, la perception serait liée à la personnalité, soit des cognitions relativement stables dans le temps, qui influencerait ainsi l'interprétation du soutien reçu (Lakey & Cassady, 1990). À cet effet, les personnes sans trouble de santé mentale ou qui présentent de bonnes habiletés sociales pourraient percevoir davantage de soutien disponible de leur entourage (Helgeson, 2003). En conséquence, il semble que la perception influence l'interprétation du soutien offert par les proches. L'ensemble des études citées précédemment se base sur des mesures autorapportées du soutien quoiqu'elles s'avèrent pertinentes et indicatives, il en demeure que peu d'information s'avère disponible quant au soutien reçu.

Une voie intéressante à explorer afin d'examiner directement le soutien reçu est l'utilisation d'une mesure d'observation directe (Guay, Marchand, et al., 2006). Certains systèmes d'observation du soutien ont été développés, mais demeurent peu utilisés (Cutrona & Suhr, 1992; Pasch & Bradbury, 1998). D'autant plus, leurs résultats sont peu généralisables à des individus souffrant d'un ÉSPT compte tenu de l'utilisation

d'échantillons non cliniques, de l'examen des couples mariés uniquement, des faibles tailles d'échantillon, de l'absence de l'observation des indices non verbaux et de la diversité des sujets de discussion sélectionnés. Récemment, une étude s'est intéressée aux comportements d'intimité de 64 couples dont au moins un partenaire rapportait avoir déjà vécu un événement particulièrement stressant (Hanley, Leifker, Blandon, & Marshall, 2013). Les couples ont été invités à discuter pendant 10 minutes d'un aspect positif de leur relation, et dans une deuxième discussion d'un aspect négatif. Pour cette étude, les comportements de dévoilement de soi et de soutien définissaient le concept d'intimité, et ils ont été codifiés respectivement à l'aide du *Rapid Marital Interaction Coding System* (RMICS ; Heyman & Vivian, 2000) et le *Global Responsive Behaviors Coding Guide* (Maisel, Gable, & Strachman, 2008). Les chercheurs de l'étude ont observé que les conjoints avec davantage de symptômes d'ÉSPT émettaient moins de comportements de soutien (c.-à-d., expressions de compréhension, validation et souci de l'autre) envers leur partenaire lors de la discussion d'un aspect négatif de leur relation. De plus, les partenaires dévoilaient plus leurs pensées et leurs sentiments négatifs lorsque leurs conjointes présentaient plus de symptômes d'ÉSPT. Les femmes s'avéraient moins influencées négativement par leurs symptômes d'ÉSPT quant à leur capacité d'entretenir de l'intimité conjugale. Ces auteurs suggèrent d'élargir les connaissances quant aux individus avec un diagnostic ÉSPT plutôt que de se concentrer sur ceux présentant seulement des symptômes d'ÉSPT.

Jusqu'à présent, une seule étude a utilisé une mesure d'observation afin d'examiner les comportements de soutien chez 20 individus avec un diagnostic d'ÉSPT et leur conjoint (Lehoux, Guay, Chartrand, & Julien, 2007). Cette étude représente, encore actuellement, la seule mesure adaptée à l'ÉSPT. Les auteurs ont adapté une mesure d'observation existante pour l'ÉSPT, soit le *Social Support Interaction Global Coding System* (SCIS-PTSD ; Pizzamiglio, Julien, Parent, & Chartrand, 2001). La dyade a été invitée à discuter de l'impact de l'ÉT dans leur vie et de se soutenir mutuellement. Les chercheurs ont observé que les individus avec un ÉSPT décrivaient davantage leurs difficultés et exprimaient plus leurs émotions et leurs affects que leur conjoint. Toutefois, les conjoints n'ont pas plus eu tendance à encourager, valider et proposer des solutions que les

individus avec un ÉSPT comme attendu. Peu de comportements de soutien se sont avérés associés aux symptômes d'ÉSPT et dépressifs chez les individus avec un ÉSPT. D'ailleurs, aucune différence de genre n'a émergé quant aux dimensions de soutien observées. Il est possible que la faible taille d'échantillon ait limité la capacité de détecter des effets significatifs. Les résultats préliminaires quant à cette mesure d'observation indiquent qu'elle possède de bonnes propriétés psychométriques (c.-à-d., fidélité interjuges, cohérence interne et validité de convergence). Or, il semble alors approprié de documenter les comportements de soutien échangés entre les individus avec un ÉSPT et les proches significatifs avec cette mesure d'observation directe auprès d'un plus grand échantillon. Cet examen permettrait d'améliorer les connaissances sur l'impact du soutien reçu sachant que la majorité des études se sont intéressées à documenter le soutien perçu.

1.5. Limites des connaissances actuelles

En somme, les résultats des études publiées à ce jour confirment la présence d'associations négatives entre l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT et la qualité du soutien social offert par les proches (Brewin, et al., 2000; Ozer, et al., 2008). Cependant, la présente recension des écrits soulève des limites quant aux connaissances actuelles. En premier lieu, les liens possibles entre les divers comportements émis par les individus avec un ÉSPT et la sévérité de leurs symptômes ont peu été examinés. De plus, peu d'études ont examiné les comportements de soutien échangés entre les individus souffrant d'un ÉSPT et les proches significatifs à l'aide d'une mesure d'observation. Or, les connaissances actuelles et la revue de littérature se basent principalement sur des données autorapportées du soutien social. La récente étude observationnelle de Hanley et ses collègues (2013) a proposé d'examiner les comportements d'intimité et de soutien chez les individus avec un diagnostic d'ÉSPT. Quant à l'étude observationnelle de Lehoux et ses collègues (2007) menée auprès d'individus avec un ÉSPT et de leur conjoint, la faible taille d'échantillon pourrait avoir limité la portée des résultats. Or, l'utilisation d'une mesure d'observation impliquant une discussion quant à l'impact de l'ÉSPT permettrait d'examiner les comportements de soutien échangés entre les individus

avec un ÉSPT et leur proche significatif. Ces observations permettraient de mieux documenter les liens entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et ceux des proches ainsi que leurs comportements de soutien sur la base de données observationnelles. De plus, les résultats obtenus permettraient aux cliniciens de mieux comprendre la communication entre les individus avec un ÉSPT et les proches (p. ex., la manière de solliciter de l'aide et de se soutenir mutuellement) afin de travailler quant aux cibles d'intervention pertinentes.

Qui plus est, les variables pouvant avoir un effet modérateur quant aux associations entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et les comportements de soutien ont peu été explorées, telles que le genre. À ce jour, une seule étude empirique menée auprès de victimes de crimes violents s'y est intéressée, et a permis de corroborer un effet modérateur du genre (Andrews, et al., 2003). Toutefois, un seul item a été utilisé afin de mesurer le soutien social, et ce, de manière autorapportée. Ainsi, il semble à propos d'examiner les liens entre l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT et la qualité des comportements de soutien échangés avec les proches, et ce, en fonction du genre. Ces examens permettraient aux cliniciens d'adapter, au besoin, leurs interventions quant à la gestion des symptômes et l'adoption de comportements de soutien aidants pour les femmes et les hommes avec un ÉSPT et les proches.

De plus, peu d'études se sont intéressées à la détresse et aux difficultés des proches significatifs des individus aux prises avec un ÉSPT. Les études qui ont examiné les liens entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et ceux des proches se sont concentrées principalement sur les vétérans et leur conjointe (Bramsen, et al., 2002; Dekel & Solomon, 2006). Or, des différences notables subsistent entre les vétérans et les civils, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats. En premier lieu, l'accent mis sur les hommes avec un ÉSPT et leur conjointe ne reflète pas le portrait clinique des civils. En fait, deux fois plus de femmes que d'hommes rapportent un ÉSPT et leur proche significatif peut être un conjoint, un ami ou un membre de la famille (Tolin & Foa, 2006). De plus, la population militaire possède certaines particularités. Tout d'abord, la prévalence d'ÉSPT est plus grande dans la population militaire et la sévérité du trouble paraît plus importante (Brewin, et al., 2000; Keane & Wolfe, 1990). De plus, la

communication est limitée et la famille du militaire vit des émotions difficiles et de l'incertitude vers le danger de la mission et aux risques de blessures et de mort (Whealin & Pivar, 2007). Parallèlement, le manque de soutien social représente un facteur de risque de l'ÉSPT plus important dans la population militaire que civile (Brewin, et al., 2000). La seule étude menée auprès de civils n'a pas permis de soutenir de liens entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT des individus avec un ÉSPT et les symptômes anxieux et dépressifs des conjoints (Chartier-Otis, et al., 2009). Or, les résultats actuels s'avèrent inconsistants. En outre, aucune étude n'a examiné les associations entre la sévérité de l'ensemble des difficultés des individus avec un ÉSPT et la détresse des proches (c.-à-d., les symptômes anxieux dépressifs). Ces informations permettraient aux cliniciens, d'une part, de déterminer l'importance d'intervenir quant à la gestion des symptômes et des difficultés quotidiennes des individus avec un ÉSPT. D'autre part, celles-ci permettraient de documenter la détresse des proches, de cibler leurs besoins et de développer des interventions adaptées.

De surcroît, aucune étude n'a examiné les liens entre la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs des proches et la qualité des comportements de soutien qu'ils offrent aux individus avec un ÉSPT. Qui plus est, le genre et le statut en tant que variables potentiellement modératrices dans ces associations n'ont pas été testés. Ces examens permettraient aux cliniciens de déterminer si le travail quant à la gestion des symptômes des proches et l'adoption de comportements de soutien adéquats chez ces derniers est pertinent. De plus, ces connaissances leur permettraient d'adapter ou de cibler les interventions chez les proches aidants en fonction du genre et du statut relationnel.

1.6. Objectifs de la thèse

Ce projet de recherche tente de remédier aux limites des connaissances actuelles en ce qui a trait aux liens entre l'ÉSPT et le soutien social, et ce, en s'attardant à la perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs. La présente thèse s'inscrit à l'intérieur d'un plus vaste programme de recherche qui s'intéressait à valider une thérapie

cognitive comportementale pour l'ÉSPT. Quant à la présente thèse, elle vise spécifiquement trois objectifs qui sont ciblés dans les deux articles empiriques.

- 1- Mettre en évidence les liens potentiellement négatifs entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs concomitants des individus avec un ÉSPT et la qualité des comportements de soutien émis par les deux individus de la dyade, en plus de tester l'effet modérateur du genre.
- 2- Déterminer la présence de relations positives entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., l'intensité des symptômes d'ÉSPT, anxieux et dépressifs et l'altération du fonctionnement) et la détresse des proches significatifs (c.-à-d., l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux).
- 3- Vérifier les associations possiblement négatives entre les symptômes dépressifs et anxieux des proches significatifs et la qualité de leurs comportements de soutien, en plus de tester l'effet modérateur du genre et du statut relationnel.

Afin de répondre à ces objectifs, 68 individus souffrant d'un ÉSPT et leurs proches significatifs ont été recrutés afin de participer à la recherche. Les victimes d'un ÉT ont été rencontrées au Centre d'étude sur le trauma (CET) situé à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) afin de déterminer la présence d'un diagnostic d'ÉSPT à l'aide d'une entrevue semi-structurée. Par la suite, les individus aux prises avec un ÉSPT et leur proche significatif ont rempli des questionnaires relatifs aux données sociodémographiques, à leurs symptômes (c.-à-d., ÉSPT, anxieux et dépressifs), à leur niveau de fonctionnement et à l'ajustement conjugal. Puis, lors d'une première discussion filmée, les individus avec un ÉSPT ont été invités à discuter de l'impact de l'ÉSPT dans leur vie alors que les proches significatifs ont été incités à leur offrir du soutien. Pour la deuxième discussion, les rôles ont été inversés. Les comportements de soutien ont été analysés à l'aide d'une grille de codification en fonction du genre et du statut.

1.7. Contenu du projet de thèse

La thèse se divise en quatre chapitres distincts. Le chapitre I présentait le contexte théorique de la thèse, l'état des connaissances quant aux liens entre l'ÉSPT et le soutien social selon la perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs.

Le premier article empirique (chapitre II) cible particulièrement les individus souffrant d'un ÉSPT. Ce dernier s'intitule : « *Overt Social Support Behaviors : Associations with PTSD, Concurrent Depressive Symptoms and Gender* ». Cet article s'intéresse aux liens entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs concomitants de 68 individus avec un ÉSPT, leur genre et la qualité des comportements de soutien échangés avec leur proche significatif lors d'une discussion filmée. À notre connaissance, cette étude est l'une des premières à examiner les comportements de soutien entre un individu avec un ÉSPT et un proche à l'aide d'une mesure d'observation. Elle s'avère novatrice par l'examen de l'effet modérateur du genre quant aux liens entre la sévérité des symptômes et la qualité des comportements de soutien. Cet article est publié depuis le 5 août 2013 dans la revue *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy* par l'APA. L'accusé d'acceptation se retrouve à l'appendice B.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article empirique ciblant particulièrement les proches significatifs. Celui-ci s'intitule « *Symptoms among Significant Others of Individuals with PTSD: Associations with Overt Social Support Behaviors, Gender and Relationship Status* ». Cet article examine les liens entre la sévérité des difficultés de 65 individus souffrant d'un ÉSPT (c.-à-d., les symptômes d'ÉSPT, anxieux et dépressifs et l'altération du fonctionnement) et la détresse des proches significatifs (c.-à-d., l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs). Cette étude apparaît importante en raison de son intérêt pour l'évaluation de la santé mentale et de la détresse des proches. Celle-ci s'avère novatrice par l'examen des liens entre l'intensité des symptômes des proches et la qualité de leurs comportements de soutien observés à l'aide d'une mesure d'observation. Elle teste également l'effet modérateur du genre et du statut relationnel quant aux associations entre la sévérité des symptômes des

proches et la qualité de leurs comportements de soutien. Cet article a été révisé et accepté avec révisions mineures le 29 octobre 2014 à la revue, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. L'accusé de réception se retrouve également à l'appendice B.

En dernier lieu, le chapitre IV présente une discussion générale en plus d'une analyse critique des résultats obtenus dans les deux articles empiriques, et ce, selon la perspective des individus avec un ÉSPT et celle des proches significatifs. Ensuite, les forces et les lacunes méthodologiques de cette thèse sont soulignées. Finalement, les implications cliniques, le transfert des connaissances et les pistes de recherche futures sont discutés.

CHAPITRE II

COMPORTEMENTS DE SOUTIEN OBSERVÉS : ASSOCIATIONS AVEC LES SYMPTÔMES D'ÉSPT, DÉPRESSIFS CONCOMITANTS ET LE GENRE

(ARTICLE I)

Overt Social Support Behaviors : Associations with PTSD, Concurrent Depressive
Symptoms and Gender

Myra G. Crevier^{1,2}, André Marchand^{1,2}, Nadim Nachar^{1,3}, and Stéphane Guay^{1,4}

¹ Trauma Study Center, University Institute of Mental Health in Montreal.

² Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.

³ Department of Psychology, University of Montreal.

⁴ Department of Criminology, University of Montreal.

This study was supported by scholarships awarded to the first author by Joseph Armand Bombardier's foundation and by a research grant awarded to the second and fourth authors by the Fonds de recherche du Québec.

Résumé

À la suite d'un événement traumatique (ÉT), les femmes sont deux fois plus susceptibles de développer un état de stress post-traumatique (ÉSPT) comparativement aux hommes. Les différences de genre quant au soutien social reçu à la suite d'un ÉT pourraient partiellement expliquer cette disparité. Par contre, jusqu'à présent, les liens entre les symptômes d'ÉSPT et dépressifs, le soutien social et le genre demeurent incertains. À cet effet, la présente étude a aussi examiné les liens entre l'intensité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs concomitants des individus avec un ÉSPT et la qualité des comportements de soutien échangés avec un proche significatif, en plus de tester l'effet potentiellement modérateur du genre. Pour y parvenir, 68 individus avec un ÉSPT et leur proche significatif respectif ont rempli des questionnaires, et participé à une discussion filmée orientée sur l'impact de l'ÉSPT. Les comportements de soutien observés ont été analysés à l'aide d'une grille de codification, et ce, en fonction du genre. Les résultats ont révélé un effet modérateur du genre pour certaines associations entre la sévérité des symptômes dépressifs des individus avec un ÉSPT et la qualité de leurs propres comportements de soutien. Précisément, les femmes avec un ÉSPT apparaissaient moins impliquées et moins enclines à proposer des solutions positives que les hommes. De leur côté, les hommes avec un ÉSPT étaient plus impliqués et moins critiques envers leur proche comparativement aux femmes. Or, les symptômes d'ÉSPT et dépressifs étaient associés à une communication moins adéquate chez les femmes avec un ÉSPT. Il se pourrait que leurs habiletés de communication et de soutien des femmes soient plus influencées négativement par la présence de cognitions et de ruminations négatives. Ainsi, les femmes avec un ÉSPT et de symptômes dépressifs concomitants bénéficieraient d'interventions afin de gérer leurs symptômes et d'améliorer leurs habiletés de communication.

Mots clés: état de stress post-traumatique, genre, soutien social, dépression, observation directe

Abstract

Women are twice as likely as men to develop a post-traumatic stress disorder (PTSD). Gender differences in social support following a traumatic event might partially explain this disparity. However, portrait of the links between PTSD, depression, social support, and gender is still unclear. This study examined social support behaviors of individuals with PTSD and their significant other in relation to PTSD and concurrent depressive symptoms, and tested gender as a moderator of these associations. Observed supportive and counter-supportive behaviors of 68 dyads composed of an individual with PTSD and a significant other in a trauma oriented discussion were coded with a support coding system, and analysed according to gender. Gender revealed to act as a moderator of the links between some social support behaviors of individuals with PTSD and their concurrent depressive symptoms. More specifically, women with PTSD were less implicated and less likely to propose positive solutions compared to men. On the other hand, men with PTSD were more implicated and less likely to criticize their significant other than were women. PTSD and concurrent depressive symptoms were related to poorer interpersonal communication and support provision in women. Hence, women and men with PTSD and concurrent depressive symptoms might benefit from gender-tailored interventions targeting symptoms and dyadic behaviors.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder, Gender, Social Support, Depression, Direct Observation

Overt Social Support Behaviors : Associations with PTSD, Concurrent Depressive Symptoms and Gender

Women are twice as likely as men to develop a post-traumatic stress disorder (PTSD ; Van Ameringen, et al., 2008). However, reasons underlying this disparity remain unclear. Women's higher risk cannot be attributed to higher rates of exposure to traumatic events or to more frequent sexual assaults. In fact, women's higher risk for PTSD remains even when the type of trauma is controlled for (Gavranidou & Rosner, 2003; Tolin & Foa, 2006). Andrews, Brewin, and Rose (2003) were the first to propose that women's higher risk for PTSD might involve gender differences in social support after a traumatic event.

Gender Differences in Social Support

Two meta-analyses showed that social support was among the three strongest predictors of PTSD ($r = .28$ and $.40$; Brewin, et al., 2000; Ozer, et al., 2008). Theoretical models also sustain the influence of social support in the development and maintenance of PTSD. For instance, talking about the traumatic event to a supportive other can encourage continuous exposition to cues associated to the traumatic event, promote the habituation process and help to reevaluate the responsibility (Brewin, et al., 1996).

Furthermore, up to 50% of women and men with PTSD present a secondary major depressive disorder (Kessler, et al., 1995). Depressive symptoms often negatively affect individuals' social network and cause interpersonal conflicts. They are associated with negative feedback and excessive reassurance seeking, negative attributions, ruminations and poor social skills (Joiner Jr., 2001). A prospective study found that negative social interactions after a traumatic event were associated both to PTSD and concurrent depressive symptoms in a civilian trauma sample (Zoellner, et al., 1999). A subsequent study showed that concurrent depressive symptoms play a larger role in the interpersonal strain after a traumatic event than do PTSD symptoms (Beck, et al., 2009).

Studies on gender differences in social support are numerous but results remain inconsistent. In general, studies show that women perceive and benefit more from social

support which is strongly related to their well-being, compared to men. However, their important social implication elicits more opportunities for negative social interactions, leading to higher level of distress (Kessler & McLeod, 1984; St-Jean-Trudel, et al., 2009; Turner, 1994). Social roles valorised in women are associated to feminine attributes like being sensitive to others and providing emotional support (Bem, 1974; Eagly, 1987). Globally, very little is specifically known about gender differences in social support within clinical trauma samples (Guay, Billette, et al., 2006).

Andrews, Brewin and Rose (2003) examined the associations between social support, gender and PTSD symptoms in 118 men and 39 women victims of violent crime, one and six months postcrime. They found that women reported more negative social interactions (e.g., criticism) from significant others. They also found that negative social interactions mediated the relation between gender and PTSD symptoms. In addition, gender moderated the relation between social support and PTSD symptoms. In fact, negative interactions and support satisfaction had stronger impacts on PTSD symptoms in women, compared to men. Nevertheless, a single item was used to measure negative social interactions, and concurrent depressive symptoms were not examined. The use of self-reports did not reveal information on received social support behaviors of individuals with PTSD and significant others. Therefore, our understanding of the associations between PTSD and concurrent depressive symptoms, gender, and social support behaviors is limited.

The Assessment of Social Support

To date, the assessment of perceived and received social support in individuals with PTSD has been limited by the exclusive reliance on self-report methods. Despite the good psychometric properties of questionnaires, they assess the individuals' perception, which may be influenced by their personality, symptoms, cognitions and affects (Guay, Billette, et al., 2006; Lakey & Cassady, 1990; Pasch, Bradbury, & Davila, 1997). A meta-analysis found moderate correlations ($\bar{r} = .35$) between perceived and received social support (Haber, et al., 2007), underlining the fact that they are two partially different concepts. There are only a few social support observational systems that exist to examine

social support behaviors and they are rarely used. Furthermore, results of previous observational studies cannot be generalized to PTSD samples, given the absence of the evaluation of non-verbal behavior cues, limited sample size, diversity of the topic chosen for discussion, and the use of non-clinical samples and married couples only (Cutrona & Suhr, 1992, 1994; Hanley, et al., 2013; Pasch & Bradbury, 1998; Pasch, et al., 1997). Only one observational study has examined overt social support behaviors in 20 individuals with PTSD and their spouse in a trauma-oriented discussion (Lehoux, et al., 2007). They found that individuals with PTSD described their difficulties and expressed their emotions to a greater extent than their partner. However, partners were not more likely to validate and to propose solutions, as expected. Again, the impact of concurrent depressive symptoms was not examined, therefore limiting the extent of the results. Preliminary results on the observational system showed good psychometric properties.

Overall, little is known about the links between gender, overt social support behaviors, PTSD and concurrent depressive symptoms. No study has examined overt supportive and counter-supportive behaviors emitted by an individual with PTSD and a significant other in a PTSD trauma-oriented discussion. This assessment would allow a better understanding of the links between overt social support behaviors of women and men with PTSD and their significant other (Guay, Billette, et al., 2006).

The Current Study

The present study aimed to explore and assess the links between overt supportive and counter-supportive behaviors, gender, PTSD symptoms, and concurrent depressive symptoms. To do so, we defined three operational objectives. The first objective was to explore the differences between individuals with PTSD and their significant others in regard to the types of social support behaviors emitted during the PTSD oriented discussion. Significant differences between the types of behaviors were expected. The second objective was to examine the links between social support behaviors (i.e., of individuals with PTSD and their significant others) and symptoms (i.e., PTSD and concurrent depressive symptoms of individuals with a PTSD). Significant positive correlations between counter-supportive behaviors (i.e., of individuals with PTSD and

their significant others) and symptoms (i.e., PTSD and concurrent depressive symptoms of individuals with a PTSD) were predicted, as well as negative correlations between supportive behaviors and symptoms. The third objective was to test if gender moderates the links between social support behaviors and PTSD as well as depressive symptoms. We also aimed to identify for which social support behavior gender would be a significant moderator in relation with the symptoms.

Method

Participants

Participants were recruited through advertisements and referrals from psychiatrists and practitioners to the Trauma Study Center, located in a large psychiatric hospital in Montreal. The inclusion criteria for participants were the following: (a) being aged between 18 and 65 years old, (b) having a primary diagnosis of chronic PTSD, and (c) having a significant other who agreed to participate. Exclusion criteria included (a) a trauma committed by the significant other, (b) a history of domestic violence by the significant other, (c) the presence of a substance use disorder, and (d) a past or present psychotic episode, a bipolar disorder, or an organic mental disorder.

The study was part of a larger project that aimed to assess the effect of social support in treatment for PTSD. Participants' spouses or significant others were required to take part in the study. It was approved by the local institutional ethical and scientific review board. Victims of traumatic events were evaluated through a semi-structured clinical interview assessing PTSD and psychiatric disorders. Clinical interviews were conducted by research assistants who had received extensive training. Self-report questionnaires were completed as well. Individuals with PTSD were then invited to take part in a videotaped discussion with their significant other (e.g., their spouse, a family member or a close friend). Dyads were invited to discuss a neutral topic for 10 minutes. Then, they were encouraged to discuss the impact of PTSD on their life and to support each other for 15 minutes.

In total, 48 women and 20 men with PTSD met the criteria and participated in this study. Significant others included 43 spouses, 14 friends and 11 family members. Participants had an average age of 40 years ($SD = 13.24$). Sixty three percent of the sample was in a relationship. Ninety-three percent spoke French as their primary language. Regarding their occupational status, 50 % were unemployed, 38 % were working and 12 % were students. As a whole, individuals with PTSD had been exposed to traumatic experiences such as a physical aggression (46 %), a car accident (20 %), witnessing an event (13%), a sexual assault (6 %) or others (15 %). Analyses revealed a significant association between PTSD and depressive symptoms of individuals with PTSD ($r = .73, p < .01$). Also, a proportion of significant others in the sample reported a moderate level of anxiety and depressive symptoms (i. e., 18 % and 20 % respectively) (12 and higher on the BDI, and 10 and higher on the BAI ;Chartier-Otis, et al., 2009).

Measures

Social Support Interaction Global Coding System (SICS-PTSD ; Pizzamiglio, et al., 2001) is a validated behavioral observation system adapted for a dyad formed by an individual with PTSD and a significant other (Lehoux et al., 2007). Participants were filmed for a total of 40 minutes. First, they were invited to discuss a neutral topic for 10 minutes, in order to familiarize themselves with the settings. The second part of the discussion was divided into two 15 minutes segment. Individuals with PTSD were encouraged to discuss with their significant other according to the instruction: "Discuss the impact of PTSD on you and your significant other, what you are doing to support each other and how you see your future". First, individuals with PTSD were instructed to explain the problem when the significant others offered support the way they normally would. Second, roles were reversed.

The ten social support behaviors (i.e., verbal and non verbal) of individuals with PTSD and significant other were grouped under six positive individual dimensions : (1) problem description (i.e., details of the event and consequences), (2) validation (e.g. "I understand that it is difficult"), (3) listening (i.e., visual contact and nods), (4) expression of emotions (e.g., "I feel sad"), (5) positive solution proposals (e.g., "Maybe you could

try to go out”), and (6) behavioral implication (i.e., express oneself, voice intonation, active gestures, and facial expressions), and four negative individual dimensions : (1) dysphoria (i.e., crying), (2) withdrawal (i.e., looking away), (3) negative solution proposals (e.g., “You should stay home”), and (4) counter-validation (e.g., “You should stop complaining”).

Trained raters assessed participants on each dimension using the video-recorded interactions. Raters used a 9-point scale from 1 (*very low*) to 9 (*very high*) according to the frequency and the intensity of behaviors. The two 15 minutes interaction segments were divided into three blocks of five minutes and a score was given for each dimension on each block. The total score of each dimension was calculated as the mean of the three scores obtained on each block. The scores for the two discussions were combined (i.e., scores ranging from 2 to 18) to increase the variability and to reflect daily discussions where helper and helped roles are interchangeable. Inter-rater reliability (i.e., intra-class correlations) completed for 30 % of the sample was adequate ($r = .78$, $SD = .14$).

The structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I ; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was used to assess the diagnosis of PTSD and comorbid disorders with regards to criteria of eligibility. This semi-structured interview shows a good convergent validity with clinician's judgment, ($\kappa = .69$) as well as an inter-rater's reliability ranging from .77 to .92 (Summerfeldt & Antony, 2002).

The Modified PTSD Symptom Scale–Self-Report (MPSS-SR ; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993) assesses the intensity (i.e., five-point Likert scale) and frequency (i.e., four-point Likert scale) of the 17 symptoms included in the three clusters of PTSD according to the *DSM-IV*. The French Canadian version of the scale demonstrated a good internal consistency for the global scale ($\alpha = .97$), frequency ($\alpha = .95$) and intensity ($\alpha = .95$) in a clinical sample (Guay, Marchand, Iucci, & Martin, 2002). Moreover, it showed a good temporal stability on a five weeks interval ($r = .72$ for the score).

The Beck Depression Inventory-II (BDI-II ; Beck, Steer, & Brown, 1996) is a 21 item questionnaire measuring the presence and intensity of depressive symptoms in the last

two weeks. For each item, the participant chooses one of the four statements that most adequately reflect their state. The scale has been validated in French (Bouvard & Cottraux, 2010), and has been extensively validated and shows an excellent internal consistency ($\alpha = .92$) and a good temporal stability (one week ; $r = .93$) as well (Beck, et al., 1996; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998).

Data Analyses

First, correlation analyses and t-tests were performed to examine the associations between the 10 social support behaviors of individuals with PTSD and the 10 of their significant others. Further, 40 correlation analyses were also completed to examine the links between the 10 social support behaviors (i. e. of significant others first, and then, of individuals with PTSD), and their PTSD and depressive symptoms of individuals with PTSD, tested separately. The relations between gender, social support behaviors and symptoms were examined with Student's t-tests, Chi-square tests and correlation analyses depending on the nature of the variables. Finally, to test gender as a moderator of the associations between the 10 social support behaviors (i. e. of significant others first, and then, of individuals with PTSD), and PTSD and depressive symptoms of individuals with PTSD, tested separately, 20 tests of the difference between two coefficients of correlation with independent samples were performed. Tests of the difference between two correlations were chosen because the variance in groups was equivalent and results could be clearly presented in a table (Baron & Kenny, 1986; Guilford, 1965). No correction for the alpha was effected, although multiple tests were used to test hypotheses, in order to maximize the limited statistical power of this exploratory study. A significance level of .05 was used. Effect sizes were calculated for significant results found in tests of the difference between two correlations. There were no outliers (i.e., more than 3 standard deviations above the mean). Some variables were log-transformed because of their skewness (i.e., positive solution proposals) and dichotomised (i.e., dysphoria and negative solution proposals). Parametric analyses were used for transformed variables.

Results

Social Support Behaviors of Individuals with PTSD and their Significant Other

Table 1 presents the means and standard deviations for the 10 social support behaviors of individuals with PTSD and significant others respectively, as well as results for *t*-tests. Paired sample *t*-tests showed that individuals with PTSD described their difficulties, expressed their emotions, showed dysphoric affects and withdrew to a greater extent compared to significant others. On the other hand, significant others were more likely to listen, validate, counter-validate, propose solutions and were more behaviorally involved compared to individuals with PTSD.

Social Support Behaviors and the Type of Symptoms

Correlation analyses revealed that social support behaviors of significant others were not significantly related to the symptoms of individuals with PTSD (i.e., PTSD and concurrent depressive symptoms), (r between $-.13$ and $.09$). However, behaviors of individuals with PTSD were statistically associated with their own symptoms. Specifically, less positive solution proposals ($r = -.28, p = .02$) and less validation ($r = -.30, p = .01$) were associated with more severe PTSD symptoms. Moreover, less positive solution proposals was associated with more depressive symptoms among individuals with PTSD ($r = -.27, p = .03$).

Gender as a Moderator of the Relation between Social Support and Symptoms

Table 2 shows means and percentages for socio-demographic variables, nature of the trauma and symptoms respectively for women and men with PTSD and test value. Pearson chi-square analyses and *t*-tests were used for gender comparisons depending on the nature of variables. Cromer & Smyth (2010) proposed to reduce the traumatic events in two categories, interpersonal (i.e., physical or sexual assault and life threat) and accidental (i.e., car, workplace or health accident or being witness of an event) to perform comparisons. The same procedure was completed and no gender differences emerged in terms of frequency. Analysis of variance for Gender by Type of trauma revealed no interaction effects in regards to PTSD symptoms. Women and men did not significantly

differ on any other variables. Due to the absence of gender differences, none of the socio-demographic variables were considered as covariates in the gender comparisons.

Subsequent analyses were performed only with social support behaviors of individuals with PTSD since they were correlated to their symptoms. As a first step, *t*-tests were completed to compare social support behaviors of women and men with PTSD. Results showed that women were more likely to be behaviorally implicated ($t = 2.76, p < .01$), to describe their difficulties ($t = 2.17, p = .03$) and to express their emotions ($t = 2.23, p = .03$) compared to men. As for men, they withdrew significantly more often during the discussion ($t = -2.49, p = .02$) than women. Subsequently, gender as a moderator of the associations between social support behaviors of individuals with PTSD and their symptoms (i.e., PTSD and concurrent depressive symptoms) was tested. Correlations by gender between the 10 social support behaviors and PTSD and depressive symptoms as well as the tests of difference between two correlations are reported in the Table 3. For women, correlation analyses showed that greater PTSD symptoms were associated with less validation, less behavioral implication and less positive solution proposals. For men, PTSD symptoms were related to less counter-validation. However, the tests of difference between two correlations revealed no significant gender differences despite the correlations suggesting two patterns of results.

Second, correlations between social support of individuals with PTSD and their concurrent depressive symptoms were explored according to gender. For women, more depressive symptoms were related to less behavioral implication, less positive solution suggestions and less description of their difficulties. For men, higher depressive symptoms were associated to lower counter validation and more behavioral implication. The test of difference between two correlations showed that gender moderated some associations between some social support behaviors and concurrent depressive symptoms. Women with PTSD and concurrent depressive symptoms were less behaviorally implicated ($\Delta r = .74$) and proposed positive solutions to a lesser extent ($\Delta r = .63$) than men. Conversely, men with PTSD and concurrent depressive symptoms were more behaviorally implicated ($\Delta r = .74$) and, in addition, they counter-validated their

significant other less ($\Delta r = .52$) than women did. Differences of correlation were moderate to large (Cohen, 1988).

Discussion

To our knowledge, this is the first study to examine the links between gender, overt social support behaviors and symptoms (i.e., PTSD and depressive symptoms).

Social Support Behaviors of Individuals with PTSD and Significant Others

As expected, we found differences between social support behaviors of individuals with PTSD and significant others. Individuals with PTSD were more likely to describe their difficulties and to express their emotions. This result is in line with the observational study of Lehoux and her colleagues (2007). However, contrary to this previous study, our findings indicated that significant others had more listening skills, validation and counter-validation responses, and proposed solutions more often. At first sight, these differences might reflect the nature and instructions of the task, which entails discussing the impact of PTSD. Even if the roles were reversed (i.e., helped and helper), PTSD remained the main concern. Thus, individuals with PTSD show a natural tendency to talk about their PTSD and related issues. They were more likely to describe their situation while their significant others were more prone to support them.

Social Support Behaviors and the Type of Symptoms

The second hypothesis predicting significant relations between social support behaviors and symptoms was partially supported. Findings revealed that the way significant others interacted and offered support during the discussion was not related to symptoms of individuals with PTSD. This unexpected result contrasts with previous meta-analyses showing a relation between social support and PTSD symptoms (Brewin, et al., 2000; Ozer, et al., 2008). However, these associations were found with self-report measures of social support (Pasch, et al., 1997). Empirical studies found different associations between received and perceived social support and adjustment after a stressful event (Norris & Kaniasty, 1996; Wethington & Kessler, 1986). Their findings indicated that the relation between adjustment and received social support may be

mediated by the perception of the support. Thus, these results are in line with two conceptions of perceived and received social support (Haber, et al., 2007). Nevertheless, present findings indicated a negative association between the way individuals with PTSD express their difficulties and interact with significant others and their own symptoms. Higher levels of PTSD symptoms were associated with less validation and less positive solution suggestions. Higher levels of depressive symptoms were related to less positive solution suggestions. Thus, for individuals with PTSD, the intensity of symptoms was related to a poorer interpersonal communication when they discussed about their difficulties. This result is consistent with studies reporting interpersonal difficulties in civilian sample of individuals with PTSD (Byrne & Riggs, 2002).

Gender as a Moderator of the Relation between Social Support and Symptoms

First, the absence of gender differences regarding individuals' symptomatic presentation seems to corroborate Gaslovski and colleagues' (2011) findings. Gender comparisons of social support behaviors of individuals with PTSD reflected a popular conception in which women are actively involved in discussing their difficulties while men are trying to avoid the subject to some extent. This finding is consistent with a meta-analysis indicating that women self-disclose more than men when they are talking with a significant other, based on observational measures (Dindia & Allen, 1992). Correlation analyses showed that higher PTSD symptoms in women were associated with less validation, less behavioral implication, and less positive solution suggestions. Higher depressive symptoms were related to less behavioral implication, less positive solution suggestions, and less description of their difficulties. However, for men, PTSD symptoms were related to less counter-validation. Depressive symptoms were also associated to less counter validation and more behavioral implication. Overall, the links between social support behaviors and symptoms were the opposite for women compared to men. Thus, PTSD and depressive symptoms are associated to poorer communication in women and better communication in men. The third hypothesis concerning gender as a moderator of the link between social support behaviors and symptoms was supported, although only for the relation between depressive symptoms and some social support behaviors. Women with PTSD and concurrent depressive symptoms were less implicated and

proposed positive solutions to a lesser extent than men. In contrast, men with PTSD and concurrent depressive symptoms were more implicated and counter-validated to a lesser extent. Several explanations could clarify these interesting gender differences.

A study showed that depressive symptoms have a more detrimental impact on relationship functioning than PTSD symptoms. Depressive symptoms and emotional numbing had a negative impact on the perception of social support (Beck, et al., 2009). Observational studies of individuals with depressive symptoms found that depressed women were providing, soliciting, and receiving support from their husband in a negative manner. However, husbands' depressive symptoms were not related to the way they expressed their difficulties (Cutrona & Suhr, 1994; Pasch, et al., 1997). These results suggest that women's interpersonal communication may be more affected by depressive symptoms compared to men. Another observational study examined responses of students when someone disclosed a personal problem. Women talked more about emotions and instrumental actions. Men usually devoted a greater proportion to talk about the problem and a larger proportion of their problem talk involved denying the problem (Goldsmith & Dun, 1997). It is possible that reporting more severe symptoms allows men with PTSD to recognize their difficulties and to be more willing to self-disclose. Thus, they could be more actively involved in the discussion and communicate efficiently. These results need to be replicated to clarify the patterns of findings for men.

Recently, a study concluded that it is not the exposure to negative events itself that predicts symptoms. It is, on the other hand, how individuals make sense of these experiences (Cromer & Smyth, 2010). Gender differences in cognitive style in response to a traumatic event may be an interesting hypothesis to explain women's poorer communication. Rumination is the tendency to focus on symptoms, causes and consequences in a repetitive and passive manner (Nolen-Hoeksema, 1987). Rumination in individuals with PTSD and depressive symptoms aggravates feelings of anger, guilt and helplessness (Birrer & Michael, 2011), creates interpersonal frictions and discomfort to talk about the traumatic event (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999) and impairs problem solving abilities (Watkins & Baracaia, 2002). Women tend to ruminate more in response to depressed mood (Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema,

Parker, & Larson, 1994). Moreover, be helpless and passive is more concordant with feminine characteristics (Saxe & Wolfe, 1999). Women also endorse more self-blame and a greater belief of incompetency and thinking that the world is dangerous after a traumatic event, compared to men (Tolin & Foa, 2002). In sum, rumination in women with PTSD and concurrent depressive symptoms may explain why they are less implicated and propose fewer solutions compared to men. Nevertheless, more researches in clinical samples with standardised measures would be informative.

Strengths, Limitations and Implications

It should be noted that our moderate sample size was associated with limited statistical power. Although multiple tests were used, no correction for the alpha was effected in order to maximise the statistical power of this exploratory study. Also, general regression model for each dependant variable including all independent variables and interaction terms was not possible. Thus, findings should be interpreted with caution and needed to be replicated to reinforce the confidence in these results. However, statistically effect sizes were found. It is also pertinent to note that the innovative use of an observational measure within a clinical sample required time and financial investment (e.g., recruitment, diagnosis interview, training and codification). Future studies could benefit from replicating this study with a larger sample size, comparable groups of women and men and with general models of regressions. Second, our cross-sectional design did not allow inferences of causality between social support behaviors and symptoms. A longitudinal design would help clarify the temporal portrait of these associations. Third, our laboratory settings, the volunteer participation and social desirability could have limited the external validity. Fourth, the study did not use measures of gender. Future studies would benefit from the inclusion of specific measures of gender such as gender roles and gender identity to better understand differences in the communication and social support behaviors of women and men. Indeed, the Bem Sex Role (Bem, 1974) has been developed in the seventies, but is still used in current studies.

Specifically our findings showed that gender is a significant moderator of some associations between social support behaviors of individuals with PTSD and their

concurrent depressive symptoms. Women with PTSD present poorer communication and social support behaviors compared to men, which can lead to several clinical implications. In effect, this may negatively impact their social network and limit their access to social support when they are vulnerable and in need for help. Thus, gender tailored interventions would be relevant in improving communication of individuals with PTSD and concurrent depressive symptoms, specifically in women. It could be interesting to include a significant other in some therapy sessions to promote psychoeducation on PTSD, communication and supportive behaviors. Overall, these results support the relevance of studying precisely gender to better understand differences between women and men like the present study. For this purpose, clear definitions of sex and gender are essential because these concepts are frequently used interchangeably (Johnson, et al., 2009). Sex refers to a multidimensional biological construct including anatomy, physiology, genes and hormones existing on a continuum. On the other hand, gender is culturally understanding of socially prescribed and experienced dimensions of femaleness and maleness in a society like age, race, class or sexual orientation. Gender includes gender roles, gender relation, gender identity and institutionalized gender. The use of specific instruments and guidelines to incorporate sex and gender based analysis would improve health research (Oliffe & Greaves, 2012).

Table 1

Means and Standard Deviations for the Ten Social Support Behaviors of Individuals with PTSD and Significant Others and T-test

Social Support Behaviors	Individuals with PTSD (n = 68)		Significant others (n = 68)		Mean comparison
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
Problem description	11.53	2.97	10.10	2.33	3.27**
Expression of emotions	5.78	2.04	4.18	1.32	5.95**
Listening	9.57	2.96	10.35	2.95	-2.13*
Validation	5.50	2.54	6.78	3.02	-4.38**
Positive solutions	3.90	1.97	5.19	2.40	-4.83**
Negative solutions	2.69	1.33	3.76	2.64	-4.07**
Dysphoria	5.42	3.31	2.38	1.15	11.45**
Counter-validation	5.87	3.20	6.85	4.00	-2.82**
Withdrawal	8.54	3.34	7.31	2.68	2.93**
Behavioral implication	10.13	3.30	10.96	2.54	-2.14*

Note. Dysphoria, positive and negative solutions transformed only for the mean comparison

* $p < .05$, ** $p < .01$, (all two-tailed)

Table 2

Gender Comparisons of Socio-demographic, Nature of the Trauma and Type of Symptom

Variables	Women (n = 48)	Men (n = 20)	Test Value
Age	37,98 (13,15)	44,00 (12,80)	$t(66) = -1,73$
Married/cohabiting	60%	70%	$\chi^2(1) = 0,58$
Employed	36%	45%	$\chi^2(1) = 2,76$
Interpersonal traumatic event	33%	21%	$\chi^2(1) = 1,91$
Accidental traumatic event	37%	9%	$\chi^2(1) = 2,78$
PTSD symptoms severity	77,04 (22,58)	74,75 (23,95)	$t(66) = 0,38$
Depressive symptoms severity	29,17 (13,66)	26,05 (12,09)	$t(66) = 0,89$

Note. SDs for means appear in parentheses

Table 3

Correlations by Gender between the Ten Social Support Behaviors, PTSD Symptoms and Depressive Symptoms and the Test of Difference between Two Correlations

Social Support Behaviors	Symptoms					
	PTSD symptoms			Depressive symptoms		
	Women (n = 48)	Men (n = 20)	Z	Women (n = 48)	Men (n = 20)	Z
Problem description	-0.23	-0.01	0.79	-0.30*	0.19	1.76
Expression of emotions	-0.24	-0.13	0.40	-0.10	0.13	0.81
Listening	-0.24	0.19	1.54	-0.06	0.26	1.15
Validation	-0.36*	-0.15	0.79	-0.21	0.19	1.42
Positive solutions	-0.42**	0.08	1.85	-0.42**	0.21	2.32*
Negative solutions	-0.05	0.01	0.21	-0.04	0.03	0.25
Dysphoria	-0.23	0.02	0.89	-0.15	0.04	0.67
Counter-validation	-0.10	-0.46*	-1.39	0.03	-0.49*	-1.99*
Withdrawal	0.13	-0.14	-0.95	0.14	-0.26	-1.43
Behavioral implication	-0.29*	0.20	1.76	-0.30*	0.44*	2.75*

Note. Dysphoria, positive and negative solutions transformed

* $p < .05$, ** $p < .01$, (all two-tailed)

References

- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427. doi: 10.1023/a:1024478305142
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D., & Palyo, S. A. (2009). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(4), 443-450. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.09.001
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(2), 155-162. doi: 10.1037/h0036215
- Birrer, E., & Michael, T. (2011). Rumination in PTSD as well as in traumatized and non-traumatized depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(4), 381-397. doi: 10.1017/s1352465811000087
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 5e édition*. (c) 1996, Paris: Masson.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi: 10.1037/0022-006x.68.5.748
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295x.103.4.670
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (2002). Gender issues in couple and family therapy following traumatic stress. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 382-399). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Chartier-Otis, M., Guay, S., & Marchand, A. (2009). Psychological and relationship distress among partners of civilian PTSD patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 543-546. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181aac807
- Cromer, L. D., & Smyth, J. M. (2010). Making meaning of trauma: Trauma exposure doesn't tell the whole story. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*(2), 65-72. doi: 10.1007/s10879-009-9130-8
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research. Special Issue: Approaches to the study of communication, social support and helping relationships, 19*(2), 154-174. doi: 10.1177/009365092019002002
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1994). Social support communication in the context of marriage: An analysis of couples' supportive interactions. In R. B. Brant, L. A. Terrance & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community*. (pp. 113-135). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 112*(1), 106-124. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.106
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment, 10*(2), 83-89. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.83
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Falsetti, S. A., Resnick, H., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure for assessing posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 16*, 161-162.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Galovski, T. E., Mott, J., Young-Xu, Y., & Resick, P. A. (2011). Gender differences in the clinical presentation of ptsd and its concomitants in survivors of interpersonal assault. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(4), 789-806. doi: 10.1177/0886260510365865
- Gavranidou, M., & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 17*(3), 130-139. doi: 10.1002/da.10103

- Goldsmith, D. J., & Dun, S. A. (1997). Sex differences and similarities in the communication of social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(3), 317-337. doi: 10.1177/0265407597143003
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the Links Between Posttraumatic Stress Disorder and Social Support: Processes and Potential Research Avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338. doi: 10.1002/jts.20124
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation of the French-Canadian version of the Modified Post-Traumatic Symptom Scale in a clinical setting. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257-269.
- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York: Mc Graw-Hill.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9
- Hanley, K. E., Leifker, F. R., Blandon, A. Y., & Marshall, A. D. (2013). Gender differences in the impact of posttraumatic stress disorder symptoms on community couples' intimacy behaviors. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 525-530. doi: 10.1037/a0032890
- Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health Social Work*, 8(14). doi: 10.1186/1475-9276-8-14
- Joiner Jr., T. E. (2001). Nodes of Consilience Between Interpersonal-Psychological Theories of Depression. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49(5), 620-631. doi: 10.2307/2095420
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060 .doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337-343. doi: 10.1037/0022-3514.59.2.337
- Lehoux, J., Guay, S., Chartrand, É., & Julien, D. (2007). Preliminary evaluation of the psychometric properties of a global coding system of spousal support for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(4), 307-314. doi: 10.1037/cjbs2007024
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.259
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. doi: 10.1037/0022-3514.77.4.801
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20-28. doi: 10.1037/0021-843x.102.1.20
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.92
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.498
- Oliffe, J. L., & Greaves, L. (2012). *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 3-36. doi: 10.1037/1942-9681.s.1.3
- Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 219-230. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.219
- Pasch, L. A., Bradbury, T. N., & Davila, J. (1997). Gender, negative affectivity, and observed social support behavior in marital interaction. *Personal Relationships*, 4(4), 361-378. doi: 10.1111/j.1475-6811.1997.tb00151.x

- Pizzamiglio, M. T., Julien, D., Parent, M. A., & Chartrand, E. (2001). *Social Support Interactions Global Coding System*. Unpublished manuscript. University of Quebec in Montreal, Montreal.
- Saxe, G., & Wolfe, J. (1999). Gender and posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 160-179). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Marchand, A. (2009). The relationship between social support, psychological stress and the risk of developing anxiety disorders in men and women: results of a national study. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 148-152.
- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. . In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3-37). New York: Guilford Press.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2002). Gender and PTSD : A Cognitive Model. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 76-97). New York: The Guilford Press.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles*, 30(7-8), 521-541. doi: 10.1007/bf01420800
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00098-5
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. doi: 10.2307/2136504
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700. doi: 10.1023/a:1024777303848

CHAPITRE III

SYMPTÔMES CHEZ LES PROCHES SIGNIFICATIFS DES INDIVIDUS AVEC UN
ÉSPT : ASSOCIATIONS AVEC LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN
OBSERVÉS, LE GENRE ET LE STATUT RELATIONNEL

(ARTICLE II)

Symptoms among Significant Others of Individuals with Posttraumatic Stress Disorder:
Associations with Social Support Behaviors, Gender and Relationship Status

Myra G. Crevier^{1,2}, André Marchand^{1,2}, Nadim Nachar^{1,3}, and Stéphane Guay^{1,4}

¹ Trauma Studies Center, University Institute of Mental Health in Montreal.

² Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.

³ Department of Psychology, University of Montreal.

⁴ Department of Criminology, University of Montreal.

This study was supported by scholarships awarded to the first author by Joseph Armand Bombardier's foundation and by a research grant awarded to the second and fourth authors by the Fonds de recherche du Québec.

Résumé

Le soutien social reçu à la suite d'un événement traumatique (ÉT) peut favoriser le rétablissement des individus avec un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Néanmoins, les proches significatifs, en tant qu'aidants, doivent faire face à plusieurs stressors au quotidien. Ceux-ci pourraient être à risque de vivre de la détresse et voire même développer des symptômes pouvant nuire à leur capacité d'offrir du soutien. La présente étude a examiné les associations entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., leurs symptômes et l'altération de leur fonctionnement), les symptômes des proches (c.-à-d., anxieux et dépressifs) et leurs comportements de soutien, et ce, en fonction du statut relationnel (c.-à-d., les conjoints comparés aux amis et à la famille) et du genre. Pour y parvenir, 65 dyades composées d'un individu avec un ÉSPT et du proche significatif ont rempli des questionnaires et participé à une discussion filmée orientée sur l'impact de l'ÉSPT. Les comportements de soutien des proches ont été analysés à l'aide d'une grille de codification. Les résultats ne soutiennent pas d'association entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT et l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs des proches. Par contre, les symptômes dépressifs des proches s'avèrent associés à certains comportements de soutien moins adéquats. De surcroît, le statut relationnel et le genre représentent des variables modératrices suggérant une plus forte relation négative entre les symptômes anxieux et dépressifs et certains comportements de soutien chez les hommes et les conjoints. Les hommes pourraient avoir de la difficulté à offrir un soutien approprié en tant qu'aidants au moment où ils présentent eux-mêmes des symptômes qui apparaissent dissonants avec les rôles masculins traditionnels (p. ex., être fort et ne pas montrer ses faiblesses). L'implication constante des conjoints dans le quotidien des individus avec un ÉSPT pourrait les amener à ne pas avoir une distance émotionnelle optimale pour offrir un soutien adéquat lorsqu'ils rapportent eux-mêmes des symptômes. Des pistes de recherches futures ainsi que des implications cliniques sont suggérées.

Mots clés: état de stress post-traumatique, soutien social, proches, genre, observation

Abstract

Social support represents an important recovery factor for individuals with posttraumatic stress disorder (PTSD). Nevertheless, significant others as caregivers have to face several stressors. They are at risk of anxiety and depressive symptoms, which could consequently negatively affect their ability to offer support. This study examined the associations between the difficulties of individuals with PTSD (i. e., symptoms and level of functioning), significant others' anxiety and depressive symptoms, and social support behaviors according to two variables: relationship status and gender. To do so, 65 individuals with PTSD and their significant other filled out questionnaires and participated in a trauma-oriented discussion. Social support behaviors of significant others were coded. Results revealed no associations between the difficulties of individuals with PTSD and significant others' symptoms. However, significant others' depressive symptoms were negatively associated with the quality of some of their social support behaviors. Moreover, relationship status and gender were significant moderators, indicating stronger negative associations between anxiety and depressive symptoms and some social support behaviors of men and partners as caregivers. Men as caregivers could have difficulties offering appropriate support and responding to traditional masculine roles (e. g., be strong and self-reliant) when they report symptoms themselves. Partners are particularly involved in the everyday life of individuals with PTSD. Thus, they could have difficulties keeping an optimal emotional distance to offer support when they report symptoms themselves. Future directions as well as clinical implications are discussed.

Keywords: posttraumatic stress disorder, social support, caregiver, gender, men

**Symptoms among Significant Others of Individuals with Posttraumatic Stress
Disorder: Associations with Social Support Behaviors, Gender and Relationship
Status**

Conceptual models in the field of mental health and interpersonal relationships maintain a bidirectional influence between these two variables (Goff & Smith, 2005). Indeed, relationship difficulties can either represent a risk factor for both the development and the maintenance of a mental disorder such as posttraumatic stress disorder (PTSD), or a consequence of its onset. The secondary traumatic stress model (Figley, 1998) has been used to argue that significant others as caregiver may develop empathic contagion or secondary traumatization. Through this, they could experience PTSD symptoms themselves (e. g., re-experiencing, avoidance and arousal symptoms) (Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov, & Frančišković, 2013). Secondary traumatization has been supported in studies on wives of veterans with PTSD who reported PTSD symptoms, high levels of distress and emotional problems (Bramsen, van der Ploeg, & Twisk, 2002; Dekel & Solomon, 2006). Conversely, a study on partners of civilians with PTSD did not support secondary traumatization (Chartier-Otis, Guay, & Marchand, 2009). No relationship was found between the symptoms of individuals with PTSD and their partners. Nevertheless, a minority of partners reported distress (i. e., anxiety and depressive symptoms). These contradictory results could be explained by significant differences between veteran and civilian samples. In a military context, traumatic events are more frequent and severe, PTSD is more prevalent, and deployments are associated to specific difficulties, which could consequently have a greater negative impact on wives of veterans compared to civilians and their partners (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Symptoms among Significant Others of Individuals with PTSD

Without necessarily developing PTSD symptoms related to the traumatic event itself, significant others as caregivers may experience cumulative stressors while they are living with the individual with PTSD (Monson, Taft, & Fredman, 2009). In fact, they have to cope with PTSD symptoms, depressive symptoms as well (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), and alterations to their quality of life and functioning (Nachar, Guay, Beaulieu-Prévost, & Marchand, 2013); e.g., poorer health, sick leave and less involvement in domestic tasks, leisure activities and interpersonal relationships). Consequently, they can be at risk of experiencing stress, emotional difficulties and symptoms when the demands of individuals with PTSD exceed their personal resources (Chartier-Otis, Perreault, Belanger, & Marchand, 2010). In extension to Chartier-Otis and colleagues' study (2009), it would be relevant to examine the relation between the difficulties of individuals with PTSD (i. e., symptoms and alteration to their functioning) and distress of significant others (i. e., anxiety and depressive symptoms) in a civilian PTSD sample. Neither this aspect nor the capacity of significant others to offer support has been examined in past studies.

Social Support Offered by Significant Others

Social support represents an important risk and protective factor in the development and maintenance of PTSD (Brewin, et al., 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2008). For example, talking about the traumatic event to a supportive other can promote the habituation process and help to re-evaluate responsibility (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996). Indeed, social support usually refers to positive and supportive social

interactions (e.g., encouraging and caring). However, the myriad of difficulties presented by individuals with PTSD may alter significant others' capacity to offer appropriate support. In fact, researchers believe that negative, or counter-supportive interactions (e.g., criticizing and blaming) form a distinct pattern of social support (Guay et al., 2011).

In addition, received social support appears to be a different concept than perceived social support (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007). Received social support has been overlooked or inadequately measured with questionnaires that refer to individual perceptions, which may be influenced by personality, cognitions and affects (Guay, Billette, & Marchand, 2006). To date, only one pilot study (Lehoux, Guay, Chartrand, & Julien, 2007) has examined overt social support behaviors in 20 individuals with PTSD and their partner with an adapted version of the Social Support Interaction Global Coding System (Pizzamiglio, Julien, Parent, & Chartrand, 2001). Results revealed that more suggestions for positive solutions and the involvement of partners were related to fewer PTSD and depressive symptoms in individuals with PTSD. However, the small sample size may have limited the results, and significant others' mental health was not examined. Nevertheless, although a number of studies have underlined the importance of the associations between social support and PTSD, it is still unclear which factors contribute to the variation in the social support provided, such as relationship status and gender.

Relationship Status and Gender as Moderators

Most studies have examined social support offered by partners. With regards to cohabitation, partners are particularly involved in the everyday life of individuals with PTSD, and they are usually identified as the most important source of support (Denkers,

1999). Partners as caregivers have to face several challenges like the symptoms and changes in behaviors of individuals with PTSD (e. g., isolation, avoidance, loss of interest and feelings of detachment). These behavioral changes may be difficult to understand and to accept and may trigger conjugal conflicts. From a clinical perspective, it may be difficult for partners to offer adequate support when they face persistent stressors and are particularly emotionally involved. Indeed, partners may not have an optimal physical and emotional distance to ventilate. Moreover, partners of individuals with PTSD often report poorer marital adjustment, worse communication and more difficulties with intimacy compared to partners of individuals without this diagnosis (Dekel & Monson, 2010). Partners may offer less adequate support during a discussion with the individual with PTSD regarding the impact of this mental health issue, particularly if they report symptoms themselves. On the other hand, separated or single individuals with PTSD usually seek support from a friend or a family member, a situation that has been less examined empirically. Compared to partners, family and friends are less involved in the everyday life of the individuals with PTSD. Without the factor of cohabitation, they may not be direct witnesses of the difficulties and behavioral changes of the individual and may be less emotionally involved. From a clinical point of view, family and friends may have more opportunities to keep an optimal physical and emotional distance to ventilate, and to offer support when they are available. Compared to partners, it is possible that family and friends offer more appropriate support during a discussion with the individual with PTSD in regards to the impact of PTSD.

Studies on gender differences in social support have shown that women, compared to men, offer, perceive, and benefit more from social support, which is strongly related to their wellbeing. However, their involvement in their social network elicits more opportunities for negative social interactions, likely leading to higher distress (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Kessler & McLeod, 1984; St-Jean-Trudel, Guay, & Marchand, 2009). Social roles valued in women are associated to feminine attributes like being sensitive to others and providing emotional support (Bem, 1974; Eagly, 1987). Their investment in their social relationships could generate distress and relational difficulties when the demands of support exceed women's resources (Coyne & DeLongis, 1986). From a clinical perspective, women as caregivers could have difficulties offering adequate support when they report distress themselves. It is possible that women reporting symptoms offer less adequate support, compared to men, when they discuss the impact of PTSD with the individual in question. Few studies have examined the communication between individuals with PTSD and their partner compared to family and friends, as well as gender differences that may exist (Crevier, Marchand, Nachar, & Guay, 2013). In addition, no study has tested relationship status and gender as potential moderators.

Overall, little is known about the experience of significant others. Precisely, the associations between the difficulties of individuals with PTSD and symptoms in significant others (i. e., anxiety and depressive symptoms) are unclear. Moreover, the relationships between significant others' symptoms and their observed supportive and counter-supportive behaviors have never been examined. Potential moderators for these

relations, such as relationship status and gender, have also yet to be evaluated. This study would help clinicians to document significant others' mental health and their ability to offer support when prompted. Indeed, results may help clinicians to identify ways to enhance dyadic communication and supportive behaviors, and to provide adapted support to significant others as caregivers according to the influence of gender and status.

The Current Study

This study aimed to explore and assess the links between the difficulties of individuals with PTSD, significant others' symptoms and observed social support behaviors according to their relationship status and gender. To do so, we identified three objectives. The first objective was to determine the associations between the severity of individuals with PTSD' difficulties (i.e., PTSD, anxiety and depressive symptoms and alteration to their functioning) and significant others' distress (i.e., anxiety and depressive symptoms). Significant positive associations were expected. The second objective was to explore the links between significant others' anxiety and depressive symptoms and their supportive and counter-supportive behaviors. Significant negative correlations between symptoms and supportive behaviors were predicted, as well as positive correlations between symptoms and counter-supportive behaviors. The third objective was to test whether relationship status (i.e., family and friends compared to partners) and gender (women compared to men) moderate the associations between significant others' symptoms and their social support behaviors. We predicted that these relationships would be stronger for women and partners. We also aimed to identify for which social support behavior gender and relationship status would be significant moderators. Lastly, a

secondary objective was to examine the associations between social support behaviors of partners and marital adjustment. Significant positive associations were expected.

Method

Participants and Procedure

The study was part of a larger project that aimed to assess the effect of social support in a treatment for PTSD. The study was approved by the local institutional ethical and scientific review board. Participants were recruited through advertisements and referrals from psychiatrists and practitioners to the Trauma Study Center, located in a large psychiatric hospital in Montreal. The inclusion criteria were the following: (a) being between 18 and 65 years old; (b) having a primary diagnosis of chronic PTSD; and (c) having a significant other who has agreed to participate. Exclusion criteria included (a) trauma committed by the significant other; (b) a history of domestic violence by the significant other; (c) the presence of a substance abuse disorder; and (d) a past or present psychotic episode, bipolar disorder, or an organic mental disorder.

Upon arrival at the Trauma Study Center and after signing informed consent forms, individuals with PTSD were evaluated through a semi-structured clinical interview assessing psychiatric disorders including PTSD. Clinical interviews were conducted by research assistants who had received extensive training. Questionnaires were filled out by individuals with PTSD and significant others. Afterward, dyads were invited to take part in a videotaped discussion where they were encouraged to discuss the impact of PTSD.

A total of 65 individuals with PTSD (i.e., 46 women and 19 men) and their

significant others (i. e., 29 women and 36 men representing 41 spouses, 14 friends and 10 family members) participated in this study. Three of the initial 68 participants did not complete the questionnaires and were excluded.

Measurements

1. Measures for Individuals with PTSD and Significant Others

1.1.The Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) is a 21-item questionnaire used to measure depressive symptoms in the last two weeks. It has been validated in French (Bouvard & Cottraux, 2010).

1.2.The Beck Anxiety Inventory (BAI ; Beck & Steer, 1990) is a 21-item validated questionnaire used to measure anxiety symptoms during the last two week. The French version of the scale demonstrated good psychometric proprieties (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & et al., 1994).

1.3.The Marital Adjustment Test (MAT ; Locke & Wallace, 1959) is a 15-item measure used to evaluate marital adjustment. The French version has good psychometric properties, and is still relevant and used (Freeston & Pléchaty, 1997). Scores of individuals with PTSD and those of their partners were combined to better reflect adjustment and because of their high correlation ($r = .52, p < .01$).

2. Measures for Individuals with PTSD

2.1.The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I ; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was used to assess the diagnosis of PTSD and comorbid disorders with regard to the criteria of eligibility. This interview showed good

convergent validity with the clinician's judgment, ($\kappa = .69$), and inter-rater reliability (r between .77 and .92).

2.2. The Modified PTSD Symptom Scale–Self-Report (MPSS-SR ; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993) assesses the intensity (i.e., five-point Likert scale) and frequency (i.e., four-point Likert scale) of the 17 symptoms of PTSD according to the DSM-IV. The French version of the scale demonstrated good psychometric properties (Guay, Marchand, Iucci, & Martin, 2002).

2.3. The Functioning Scale (Freeston, 1997) was developed to assess the level of alteration to functioning in seven areas (i.e., studies, work, domestic tasks, leisure activities and social, family and marital relationship,) in the last two weeks based on a nine-point scale (*no difficulties* to *significant difficulties*). All subscales were standardized, and the mean was calculated. Family and marital relationship were excluded because of their high inter-correlation ($r = .70$), and because we sought to examine the associations with marital adjustment. The final French scale has good internal consistency ($\alpha = .78$).

2.4. The severity of difficulties was assessed with an index including PTSD, depressive and anxiety symptoms and the level of alteration to the functioning of individuals with PTSD, all measured through questionnaires (i.e., MPSS-SR, BDI-II, BAI and the Functioning Scale). Scales were standardized and the mean was calculated. The final scale had good internal consistency ($\alpha = .88$).

3. Measures for Significant Others

3.1. The Social Support Interaction Global Coding System (SICS-PTSD; Pizzamiglio, et al., 2001) is a validated behavioral observation system adapted for a dyad formed by an individual with PTSD and a significant other (Lehoux, et al., 2007). Individuals already knew or were informed about their diagnosis of PTSD. The dyad was filmed for a total of 40 minutes. First, the dyad was invited to discuss a neutral topic for 10 minutes in order to become familiar with the settings. The second part was divided into two 15-minute segments. The dyad was encouraged to engage in discussion based on the instruction: "Discuss the impact of PTSD, what you are doing to support each other and how you see your future". First, individuals with PTSD were instructed to explain the problem while the significant others offered support the way they would normally. Second, the roles were reversed. In this study, we examined only the behaviors of significant others.

The ten social support behaviors (i.e., verbal and nonverbal) were grouped under six positive individual dimensions: (1) problem description (i.e., details of the event and consequences); (2) validation (e.g., "I understand that it is difficult"); (3) listening (i.e., visual contact and nods); (4) expression of emotions (e.g., "I feel sad"); (5) positive solution suggestions (e.g., "Maybe you could try to go out"); and (6) behavioral implication (i.e., express oneself, voice intonation and facial expressions), and four negative individual dimensions: (1) dysphoria (i.e., crying); (2) withdrawal (i.e., looking away); (3) negative solution suggestions (e.g., "You should stay home"); and (4) counter-validation (e.g., "You should stop complaining").

Trained raters assessed individuals on each dimension using the video-recorded interactions. Raters used a 9-point scale from 1 (*very low*) to 9 (*very high*) based on the

frequency and the intensity of behaviors. The two 15-minute segments were divided into three blocks of five minutes, and a score was given for each dimension on each block. The total score of each dimension was calculated as the mean of the three scores obtained on each block. The scores for the two discussions were combined (i.e., scores ranged from 2 to 18) to increase variability and to reflect daily discussions in which the helper and helped roles are interchangeable. Inter-rater reliability (i.e., intra-class correlations) completed for 30 % of the sample was adequate ($r = .78$, $SD = .14$).

Data Analyses

Student t-tests and Chi-square tests, depending on the nature of variables, were used to compare sociodemographic variables of individuals with PTSD and significant others. For the first objective, two correlation analyses were performed to examine the associations between the difficulties of individuals with PTSD (i. e., the mean score on the index) and the intensity of significant others' depressive and anxiety symptoms, tested separately. For the second objective, 20 correlation analyses were completed to examine the associations between significant others' anxiety and depressive symptoms, tested separately, and each of the 10 social support behaviors. For the third objective, to test relationship status and gender separately as moderators between the intensity of significant others' depressive and anxiety symptoms, also tested separately, and the 10 social support behaviors, 40 tests of the difference between two correlations were performed. Tests of the difference between two coefficients of correlation with independent samples was chosen because the variance in groups was equivalent and results could be clearly presented in a table (Baron & Kenny, 1986; Guilford, 1965). No correction for the alpha was effected, although multiple tests were used to test

hypotheses, in order to maximize the limited statistical power of this exploratory study. A significance level of .05 was used. Effect sizes were calculated for the tests of the difference between two correlations (i. e., the difference found between the two correlations). In addition, associations between the 10 social support behaviors and marital adjustment were examined with 10 correlation analyses. There were no outliers. Some variables were log-transformed because of their skewness (i.e., positive solution proposals, depressive and anxiety symptoms of significant others and the functioning scale of individuals with PTSD) or dichotomized (i.e., dysphoria and negative solution proposals). Parametric analyses were used for transformed variables.

Results

Table 1 presents sociodemographic and clinical characteristics of the sample. Nearly every participant was Caucasian. The McNemar test showed statistically more women in the PTSD group compared to the significant others group. Significant others were more often employed. Paired Student's t-test demonstrated that individuals with PTSD had greater depressive and anxiety symptoms than significant others. Data for the relationship status was available only for individuals with PTSD. Approximately 70 % of individuals experienced the traumatic event within the past 5 years. Analysis of variance revealed no significant differences in depressive and anxiety symptoms of significant others according to the type of trauma reported by victims (i.e., interpersonal or accidental trauma), which corroborates Chartier-Otis and colleagues' findings (2009).

Difficulties of Individuals with PTSD and Significant Others' Symptoms

Correlation analyses revealed an association between anxiety and depressive symptoms of significant others ($r = .73, p < .01$). However, no association emerged between the PTSD symptoms of the victims and the anxiety ($r = .09, p = .47$) and depressive symptoms ($r = .07, p = .57$) of significant others. For the main analyses, the two tested correlations revealed no statistical association between the severity of the difficulties of individuals with PTSD and the intensity of significant others' depressive ($r = .07, p = .61$) and anxiety ($r = -.04, p = .76$) symptoms. However, a proportion of significant others in the sample reported a moderate level of anxiety and depressive symptoms (i. e., 18 % and 20 % respectively) (12 and higher on the BDI, and 10 and higher on the BAI ;Chartier-Otis, et al., 2009).

Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support

Correlation analyses showed only one statistical association between significant others' depressive symptoms and social support behaviors. Precisely, depressive symptoms were related to a lower level of involvement (e.g., talking less and being less attentive; $r = -.26, p = .04$).

Relationship Status and Gender as Moderators in the Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support Behaviors

First, analyses examined relationship status (i.e., 41 partners compared to 24 family and friends). Paired t-test comparisons showed that depressive and anxiety symptoms of family/friends and partners were similar. During the discussion, partners were less involved ($t = -2.58, p = .01$) and more often displayed signs of dysphoria and

distress ($r = 6.12, p = .02$) compared to friends and family. As well, correlation analyses showed some associations between depressive and anxiety symptoms and social support behaviors, but only in partners. Depressive ($r = .33, p = .04$) and anxiety ($r = .46, p < .01$) symptoms were related to greater expression of emotions. Moreover, anxiety symptoms were also related to greater expression of dysphoria and distress ($r = .34, p = .03$). Next, analyses examined relationship status as a moderator in the associations between symptoms and social support behaviors of significant others. Tests of the difference between two correlations revealed a stronger positive association between anxiety symptoms and expression of emotions for partners compared to family and friends ($Z = -2.05, p < .05$) with a moderate effect size ($\Delta r = .52$) according to Cohen (1988). All findings are reported in Table 2. Marital adjustment was also positively related to some of the 10 social support behaviors. Precisely, partners with good marital adjustment tended to be more attentive ($r = .44, p = .01$), more involved ($r = .38, p = .02$), described their difficulties more ($r = .34, p = .04$), validated individuals with PTSD to a greater extent ($r = .41, p < .01$) and withdrew less ($r = -.46, p < .01$).

The last set of analyses examined significant others' gender as a potential moderator in the relation between symptoms and social support behaviors (i.e., 29 women and 36 men). First, gender comparisons revealed that women were statistically more anxious than men ($t = 2.19, p = .03$). Moreover, during the discussion, women expressed their emotions to a greater extent ($t = 2.01, p = .05$) while men withdrew more ($t = -2.23, p = .03$). Some significant correlations were found between significant others' symptoms and social support behaviors, but only in men. For men, depressive symptoms were

associated with a lower expression of validation ($r = -.34, p = .04$), few suggestions of positive solutions ($r = -.42, p = .01$) and less involvement ($r = -.35, p = .04$). Anxiety symptoms were also associated with less expression of validation ($r = -.35, p = .04$), more withdrawal ($r = .36, p = .03$) and less involvement ($r = -.38, p = .02$). The test of difference between two correlations showed a stronger association between expression of validation in men and anxiety symptoms ($Z = 1.97, p < .05$) with a moderate effect size ($\Delta r = .50$), as well as for depressive symptoms ($Z = 2.00, p < .05$), a moderate effect size ($\Delta r = .51$). The association between suggestions for positive solutions and depressive symptoms was stronger in men ($Z = 2.17, p < .05$) with a moderate effect size ($\Delta r = .56$), as well as for anxiety symptoms ($Z = 2.45, p < .05$), with a large effect size ($\Delta r = .62$). These results are reported in Table 3.

Discussion

To our knowledge, this is the first study to examine the links between the difficulties of individuals with PTSD, significant others' symptoms and their social support behaviors according to relationship status and gender.

Difficulties of Individuals with PTSD and Significant Others' Symptoms

Contrary to our prediction, the difficulties of individuals with PTSD were not related to significant others' anxiety and depressive symptoms. Some considerations can explain these results. Previous studies found an association between veterans with PTSD's symptoms and their wives' symptoms. However, differences exist between veteran and civilian samples (Whealin & Pivar, 2007). Wives of soldiers have to face stressors such as uncertainty concerning the dangerousness of missions and risks of harm

and death. Limited communication with the soldier might also exacerbate worries and pre-existing marital difficulties. Veterans with PTSD often experience multiple traumatic events while living in a consistently life-threatening environment. Thus, their symptoms are usually severe and chronic (Brewin, et al., 2000). These stressors are specific to the military context. Our results corroborate Chartier-Otis and colleagues' findings (2009) in a civilian sample in which no association emerged between individuals with PTSD's symptoms and significant others' symptoms. However, a proportion of significant others reported moderate anxiety and depressive symptoms. Other personal stressors may influence significant others' distress and symptoms, such as their professional situation, finances, health, family or conflict within the relationship.

Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support

The second hypothesis, which predicted a relationship between significant others' symptoms and their social support behaviors, was partially supported. There was no association between supportive behaviors and symptoms. Nonetheless, there was a negative association between depressive symptoms and the level of involvement (i.e., they talked, listened and expressed themselves to a lesser extent). These results are in line with a study showing the precedence of the impact of negative social interactions on PTSD over and above supportive interactions (Andrews, et al., 2003). Hence, depressive symptoms are negatively related to the ability of significant others to offer support. Depressive symptoms have a harmful impact on communication and relationships because of negative feedback and excessive reassurance seeking, negative attributions, ruminations and poor social skills (Joiner Jr., 2001).

Relationship Status and Gender as Moderators in the Relationship between Significant Others' Symptoms and Social Support Behaviors

Both relationship status and gender were significant moderators in some associations between significant others' symptoms and social support behaviors, as it was expected. First analyses on relationship status revealed that family/friends and partners reported similar levels of symptoms. However, during the discussion, family and friends were more involved and showed fewer signs of personal distress. It appears that they were more able to keep an emotional distance that allowed them to offer support more appropriately. Along the same line, associations between symptoms and social support behaviors were found in partners only. Depression and anxiety symptoms of partners were related to a greater expression of their emotions. These correlations were significantly stronger in partners compared to family and friends, as predicted. These results could be explained by the fact that partners are more involved in the everyday life of individuals with PTSD (i.e., daily routine, tasks, intimacy and family). Partners' important physical and emotional involvement may be associated with a limited emotional distance to offer appropriate support, when they are weakened and report anxiety and depressive symptoms. Moreover, marital adjustment was positively related to some social support behaviors of partners, as predicted. Partners with good marital adjustment tend to be more attentive, involved, describe their difficulties more, validate to a greater extent, and withdraw less during discussion. These results corroborate studies showing a negative association between PTSD and marital adjustment, and support the usefulness of psychotherapy to target intrapersonal and interpersonal difficulties (Dekel & Monson, 2010).

Results showed that women were more anxious and expressed their emotions to a greater extent in comparison to men, who withdrew more. A study observed that women self-disclosed more than men when they discussed their problems (Dindia & Allen, 1992). Surprisingly, statistically significant associations between symptoms and social support behaviors were found only in men as caregivers. Men with depressive symptoms were less involved and were less likely to validate individuals with PTSD and to propose solutions. Men with anxiety symptoms tended to express less validation, withdrew more and were less involved. Hence, symptoms were more strongly and negatively related to social support behaviors for men than for women, contrary to our prediction. Studies usually show that women's communication is particularly negatively influenced by their symptoms and their affects (Crevier, et al., 2013). In this study, men's communication and capacity to offer adapted support as caregivers were related negatively to their symptoms. Traditional masculine gender norms portray men as independent, self-reliant, stoic, and task oriented (Bem, 1974). Reporting symptoms as caregivers may lead men to feel unable to fulfill their role of caregiver, and they may experience feelings of distress, vulnerability, shame and helplessness that appear dissonant to traditional masculine gender roles (Levant, 2011; Pleck, 1995; Reilly, Rochlen, & Awad, 2014; Saxe & Wolfe, 1999).

Limitations, Strengths and Future Studies

It should be noted that our moderate sample size was associated with limited statistical power. Although multiple tests were used, no correction for the alpha was effected in order to maximise the statistical power of this exploratory study. Also, a

general regression model for each dependant variable including all independent variables and interaction terms was not possible. Thus, findings should be interpreted with caution and need to be replicated in order to reinforce confidence in the obtained results and the proposed interpretations. However, statistically significant effect sizes were found. It is also pertinent to note that the innovative use of an observational measure within a clinical sample required time and financial investment (e.g., recruitment, diagnosis interview, training and codification). Future studies could benefit from replicating this study with a larger sample size, comparable groups of women and men, and with general models of regressions. Second, our cross-sectional design did not allow inferences of causality between social support behaviors and symptoms. A longitudinal design would help clarify the temporal portrait of these associations. Third, our laboratory settings, voluntary participation and social desirability limited external validity. Fourth, the study did not use measures of gender. Findings of the present study highlight the pertinence of further examining gender dimensions as well as distinguishing concepts of sex and gender (Johnson, Greaves, & Repta, 2009). Sex refers to a multidimensional biological construct including anatomy, physiology, genes and hormones existing on a continuum. On the other hand, gender is cultural understanding of socially prescribed and experienced dimensions of femaleness and maleness in a society, including age, race, class or sexual orientation. Gender includes gender roles, gender relation, gender identity and institutionalized gender. Future studies would benefit from the inclusion of measures such as the Male Role Norms Inventory Revised (Levant, Rankin, Williams, Hasan, & Smalley, 2010) to better understand the impact of traditional masculine gender norms in caregivers. Fifth, the examination of the concept of burden (i. e., objective exhaustion and

subjective experience of stress and overload) in significant others as caregivers could also be interesting because it has been observed in wives of veterans with PTSD (Klaric et al., 2010). In addition, it would also be interesting to examine the relation between gender dimensions, the type of traumatic event experienced by the victim, and distress in significant others. Finally, the strategy of tape-assisted recall could be used to provide qualitative information on the significant other's intentions regarding his social support behavior during the guided discussion as well as the impact on the individual with PTSD (Pistrang & Barker, 2002).

Conclusion and Clinical Implications

Our findings revealed some interesting potential theoretical and clinical implications. First, previous theoretical models have focused mainly on individual variables such as posttraumatic cognitions to explain the development of PTSD (Ehlers & Clark, 2000). Our findings support the importance of also considering interpersonal variables to better understand the development of PTSD such as social support behaviors exchanged between the individuals with PTSD and significant others after a traumatic event (Brewin, et al., 1996), as well as the mental health of significant others and dyadic adjustment (Goff & Smith, 2005). Moreover, results indicate that significant others could offer adequate support despite the severity of the PTSD. However, their ability to offer appropriate support may be altered by the presence of depressive and anxiety symptoms. These symptoms may be triggered or exacerbated by personal stressors. Results seem to indicate that the intensity of partners' and men's depressive and anxiety symptoms is

particularly related to less appropriate support. With regards to cohabitation, partners are particularly involved in the everyday life of individuals with PTSD. Consequently, they may have a hard time keeping an optimal physical and emotional distance to provide frequent adequate support when they report symptoms themselves compared to family and friends. On the other hand, it appears that a good marital adjustment is related to more supportive behaviors in partners. Thus, for some couples, it could be pertinent to enhance conjugal adjustment to optimize appropriate supportive behaviors. Moreover, it is possible that men may have more difficulties, compared to women, to fulfill their role as caregivers and to respond to traditional masculine gender roles (e. g., be self-reliant and emotionally tough) when they experience symptoms themselves. From a clinical perspective, it may be interesting to discuss the potential negative impact of the adherence to traditional masculine roles with these men. Overall, empirical studies have previously supported the importance of social support in the recovery of individuals with PTSD. Indeed, when appropriate, clinicians may benefit from the inclusion of significant others in some therapy sessions in order to promote psycho-education on PTSD and promote supportive behaviors. A recent study found favorable results with three female victims of rape with PTSD and their partners (Billette, Guay, & Marchand, 2008).

Table 1

Sociodemographic Variables, Nature of the Trauma and Symptoms of Individuals with PTSD and their Significant Others

Variables	Individuals with PTSD (n = 65)	Significant Others (n = 65)	Test Value
Age	39.51 (13.22)	41.83 (12.39)	$t(64) = -1.83$
Women	71%	45%	$\chi^2(1) = 5.45^*$
Employed	41%	64%	$\chi^2(1) = 7.04^{**}$
Married/cohabiting	63%	-	-
Physical aggression	45%	-	-
Car accident	22%	-	-
Witness of an event	14%	-	-
Sexual assault	6%	-	-
Other	13%	-	-
PTSD symptoms	76.40 (23.11)	-	-
Depressive symptoms	28.02 (13.34)	7.78 (9.51)	$t(64) = 16.53^{**}$
Anxiety symptoms	26.55 (13.83)	5.85 (7.38)	$t(64) = 15.03^{**}$

Note . SDs for means in parentheses. Data for the relationship status of significant others was not available

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (all two-tailed)

Table 2

Correlations by Status between the Ten Social Support Behaviors of Significant Others and Depressive and Anxiety Symptoms and the Tests of Difference between Two Correlations

Social Support Behaviors	Symptoms							
	Depressive Symptoms				Anxiety Symptoms			
	Partners (n = 41)	Family/Friends (n = 14)	Effect sizes Z	Effect sizes (Δr)	Partners (n = 41)	Family/Friends (n = 14)	Effect sizes Z	Effect sizes (Δr)
Problem description	-0.17	-0.11	0.23	0.06	-.08	-0.19	-0.41	0.11
Expression of emotions	0.33*	-0.10	1.63	0.43	0.46**	-0.06	2.05*	0.52*
Listening	-0.15	-0.15	0.00	0.00	-0.22	0.05	1.01	0.27
Validation	-0.04	-0.10	0.22	0.06	-0.11	-0.08	0.11	0.03
Positive solutions	-0.16	-0.11	0.19	0.05	-0.07	-0.04	0.11	0.03
Negative solutions	-0.16	-0.02	0.52	0.14	0.00	-0.09	-0.33	0.09
Dysphoria	0.26	-	-	-	0.34**	-	-	-
Counter-validation	-0.11	0.14	0.92	0.25	-0.03	0.07	0.37	0.10
Withdrawal	0.14	0.10	0.15	0.04	0.26	0.04	-0.83	0.22
Behavioral implication	-0.31	-0.22	0.36	0.09	-0.26	-0.16	0.39	0.10

Note: Dysphoria, positive and negative solutions transformed, none of the significant others reported dysphoria, thus no correlation, test difference between two correlation nor effect sizes could be calculated

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (all two-tailed)

Table 3

Correlations by Gender between the 10 Social Support Behaviors of Significant Others and Depressive and Anxiety Symptoms and the Tests of Difference between Two Correlations

Social Support Behaviors	Symptoms							
	Depressive Symptoms				Anxiety Symptoms			
	Women (n = 29)	Men (n = 36)	Z	Effect sizes (Δr)	Women (n = 29)	Men (n = 36)	Z	Effect sizes (Δr)
Problem description	-0.20	-0.11	-0.35	0.09	0.05	-0.22	1.04	0.27
Expression of emotions	0.04	0.19	-0.58	0.15	0.15	0.23	-0.32	0.08
Listening	-0.03	-0.30	1.07	0.27	0.00	-0.23	0.89	0.23
Validation	0.20	-0.31	2.00*	0.51*	0.16	-0.34**	1.97*	0.50*
Positive solutions	0.12	-0.42**	2.17*	0.54*	0.27	-0.35**	2.45*	0.62*
Negative solutions	0.12	-0.30	1.64	0.42	0.14	-0.14	1.07	0.28
Dysphoria	0.23	0.09	0.55	0.14	0.24	0.10	0.55	0.14
Counter-validation	0.02	-0.01	0.11	0.03	-0.01	0.05	-0.23	0.06
Withdrawal	0.16	0.16	0.00	0.00	0.04	0.36*	-1.28	0.32
Behavioral implication	-0.23	-0.35*	0.50	0.12	-0.07	-0.38*	1.26	0.31

Note : Dysphoria, positive and negative solutions transformed

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, (all two-tailed)

References

- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427. doi: 10.1023/a:1024478305142
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (Eds.). (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(2), 155-162. doi: 10.1037/h0036215
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 32*(6), 876-896. doi: 10.1177/0145445508319280
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 5e édition*. (c) 1996, Paris: Masson.
- Bramsen, I., van der Ploeg, H. M., & Twisk, J. W. R. (2002). Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 241-245. doi: 10.1037/0022-006x.70.1.241
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi: 10.1037/0022-006x.68.5.748
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295x.103.4.670
- Chartier-Otis, M., Guay, S., & Marchand, A. (2009). Psychological and relationship distress among partners of civilian PTSD patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 543-546. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181aac807

- Chartier-Otis, M., Perreault, M., Belanger, C., & Marchand, A. (2010). Caregiver Burden, Social Support and Service Needs among Relatives of Individuals with Emotional Disorders. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 1-22.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460. doi: 10.1037/0022-006x.54.4.454
- Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2013). Overt Social Support Behaviors: Associations With PTSD, Concurrent Depressive Symptoms, and Gender. Advance online publication. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4). doi: 10.1037/a0033193
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related posttraumatic stress disorder and family relations: current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309. doi: 10.1016/j.avb.2010.03.001
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(1), 27-33. doi: 10.1007/s00127-005-0002-6
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology*, 139(2), 191-201. doi: 10.1080/00224549909598373
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112(1), 106-124. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.106
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy*, 38(4), 319-345. doi: S0005-7967(99)00123-0
- Falsetti, S. A., Resnick, H., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure for assessing posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 16, 161-162.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members *Burnout in families: The systemic costs of caring*. (pp. 15-28): Boca Raton: CRC Press.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freeston, M. H. (1997). Psychosocial functioning scale. Unpublished manuscript. Fernand-Seguin Research Center, Montreal.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & et al. (1994). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20(1), 47-55.
- Freeston, M. H., & Pléchaty, M. (1997). Reconsiderations of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990s? *Psychological Reports*, 81(2), 419-434. doi: 10.2466/pr0.81.6.419-434
- Goff, B. S., & Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: the couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157. doi: 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, É., Nachar, N., Marchand, A., & O'Connor, K. P. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 280-303. doi: 10.1080/10926771.2011.562478
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the Links Between Posttraumatic Stress Disorder and Social Support: Processes and Potential Research Avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338. doi: 10.1002/jts.20124
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation of the French-Canadian version of the Modified Post-Traumatic Symptom Scale in a clinical setting. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257-269.
- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York: Mc Graw-Hill.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9
- Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health Social Work*, 8(14). doi: 10.1186/1475-9276-8-14

- Joiner Jr., T. E. (2001). Nodes of Consilience Between Interpersonal-Psychological Theories of Depression. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49(5), 620-631. doi: 10.2307/2095420
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Klaric, M., Franciskovic, T., Pernar, M., Nemcic Moro, I., Milicevic, R., Cerni Obrdalj, E., & Salcin Satriano, A. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Collegium Antropologicum*, 34(Supplement), 15-21.
- Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančišković, T. (2013). Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress. *Psychiatria Danubina*, 25(Suppl 1), 29-36.
- Lehoux, J., Guay, S., Chartrand, É., & Julien, D. (2007). Preliminary evaluation of the psychometric properties of a global coding system of spousal support for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(4), 307-314. doi: 10.1037/cjbs2007024
- Levant, R. F. (2011). Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as a framework. *American Psychologist*, 66(8), 765-776. doi: 10.1037/a0025034
- Levant, R. F., Rankin, T. J., Williams, C. M., Hasan, N. T., & Smalley, K. B. (2010). Evaluation of the factor structure and construct validity of scores on the Male Role Norms Inventory—Revised (MRNI-R). *Psychology of Men & Masculinity*, 11(1), 25-37. doi: 10.1037/a0017637
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living*, 21, 251-255. doi: 10.2307/348022
- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: from description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 707-714. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.002

- Nachar, N., Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., & Marchand, A. (2013). Assessment of the psychosocial predictors of health-related quality of life in a PTSD clinical sample. *Traumatology*, 19(1), 20-27. doi: 10.1177/1534765612438944
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 3-36. doi: 10.1037/1942-9681.s.1.3
- Pistrang, N., & Barker, C. (2002). How Partners Talk in Times of Stress : A Process Analysis Approach. In T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.), *Couples Coping With Stress, Emerging Perspectives on Dyadic Coping* (pp. 97-119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pizzamiglio, M. T., Julien, D., Parent, M. A., & Chartrand, E. (2001). *Social Support Interactions Global Coding System*. Unpublished manuscript. University of Quebec in Montreal, Montreal.
- Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men* (pp. 11-32). New York, NY, US: Basic Books.
- Reilly, E. D., Rochlen, A. B., & Awad, G. H. (2014). Men's self-compassion and self-esteem: The moderating roles of shame and masculine norm adherence. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 22-28. doi: 10.1037/a0031028
- Saxe, G., & Wolfe, J. (1999). Gender and posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 160-179). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Marchand, A. (2009). The relationship between social support, psychological stress and the risk of developing anxiety disorders in men and women: results of a national study. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 148-152.
- Whealin, J., & Pivar, I. (2007). Coping when a family member has been called to war. http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/familycoping.html?opm=1&rr=rr116&srt=d&echorr=true.

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion générale quant aux résultats obtenus dans les deux articles empiriques présentés dans le cadre de cette thèse doctorale. À cet effet, cinq sections composent ce chapitre. La première section présente une synthèse des principaux résultats selon la perspective des individus avec un ÉSPT suivie de celle des proches significatifs. Les résultats concernant les liens entre l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT, la qualité des comportements de soutien échangés par la dyade et le genre sont discutés. Ensuite, les résultats quant aux associations entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT et l'intensité des symptômes des proches sont présentés. Les liens entre l'intensité des symptômes des proches, la qualité de leurs comportements de soutien, le genre et le statut relationnel sont également exposés. Cette section se termine en intégrant et en comparant les résultats obtenus pour les individus avec un ÉSPT et les proches significatifs. La deuxième section aborde les implications cliniques des résultats obtenus. La troisième section précise les limites et les forces du projet de recherche. La quatrième section propose des pistes de recherches ultérieures visant l'approfondissement des connaissances quant à l'ÉSPT, le soutien social et le genre. La cinquième section décrit le plan de transfert des connaissances permettant de diffuser les résultats de cette recherche. Finalement, la sixième section propose une synthèse de l'ensemble des résultats obtenus ainsi qu'une conclusion intégrative.

4.1. Synthèse des principaux résultats pour les individus avec un ÉSPT

4.1.1. Les comportements de soutien émis par la dyade

Le premier article de la thèse visait à examiner les comportements de soutien échangés entre les individus avec un ÉSPT et leur proche significatif lorsqu'ils discutent de l'impact de l'ÉSPT. Conformément aux hypothèses, les individus avec un ÉSPT et les proches favorisent différents comportements de soutien lors des deux discussions filmées.

D'une part, les individus avec un ÉSPT décrivent davantage leurs difficultés (p. ex., l'ÉT et les conséquences) et expriment plus leurs émotions (p. ex., la colère, la tristesse et l'impuissance) que les proches. De leur côté, les proches démontrent plus de signes d'écoute active (p. ex., hochements de tête et *hum hum*), de validation (p. ex., «je comprends que c'est difficile pour toi»), de contre-validation (p. ex., «tu exagères tout le temps ») et plus de propositions de solutions (p. ex., «je pense qu'il n'est pas sain pour toi de rester à la maison»). Ces différences pourraient s'expliquer par la tendance spontanée des individus avec un ÉSPT à parler de leurs difficultés liées à l'ÉSPT et aux proches de demeurer dans un rôle d'aidant en offrant du soutien.

4.1.2. Les symptômes des individus avec un ÉSPT et le soutien social

La présente recherche visait également à examiner les associations entre l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT et la qualité des comportements de soutien émis par la dyade lors de la discussion. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats ne permettent pas de confirmer de relation entre la sévérité des symptômes des individus avec un ÉSPT et la qualité des comportements de soutien des proches significatifs. Cette absence d'association diffère des méta-analyses qui soutiennent une relation positive entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et le manque de soutien social (Brewin, et al., 2000; Ozer, et al., 2008). Par contre, ces études ont examiné la perception du soutien (c.-à-d., le soutien perçu), ce qui peut différer des comportements de soutien observables (c.-à-d., le soutien reçu). La perception réfère à l'interprétation que l'individu se fait quant au soutien qui lui est offert. À cet effet, une méta-analyse a trouvé des corrélations modérées entre le soutien perçu et reçu (c.-à-d., $r = .35$; Haber, et al., 2007). Or, il semble que la relation négative entre le soutien social et les symptômes d'ÉSPT soit influencée par la perception de l'individu par rapport à la disponibilité de son réseau social à se mobiliser afin de l'aider (Norris & Kaniasty, 1996; Wethington & Kessler, 1986). Ainsi, ce serait la perception du soutien qui serait associée aux symptômes. En somme, cette différence entre le soutien reçu et perçu pourrait expliquer l'absence d'association entre la sévérité des symptômes des individus avec un ÉSPT et les comportements de soutien des proches dans la présente recherche.

D'autre part, conformément à ce qui était attendu, les résultats révèlent des associations négatives entre l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT et leurs propres comportements de soutien lors de la discussion. La sévérité de leurs symptômes d'ÉSPT s'avère associée à moins d'énoncés de validation envers leur proche (p. ex., «tu en fais beaucoup pour m'aider») et à moins de propositions de solutions pour gérer leurs difficultés (p. ex., «je pourrais essayer de consulter un psychologue»). Qui plus est, l'intensité de leurs symptômes dépressifs concomitants est également liée à moins de propositions de solutions. Ainsi, il en ressort que l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT est liée à des échanges et des comportements de soutien moins adaptés avec leur proche significatif. En fait, plusieurs dimensions du soutien mesurées (p. ex., l'écoute, la validation, l'implication et proposition de solutions) représentent des habiletés de communication et de résolution de problèmes importantes pour les individus avec un ÉSPT et leurs proches. Or, cette communication plus difficile et ces comportements de soutien moins adéquats corroborent les études qui soulignent la présence de conflits interpersonnels, de difficultés de communication et d'un manque d'intimité conjugale chez les individus souffrant d'un ÉSPT (Byrne & Riggs, 2002). De plus, la fréquence des conflits interpersonnels à la suite d'un ÉT a généralement un effet négatif sur la cohésion du réseau social ainsi que sur la qualité du soutien social (King, Taft, King, Hammond, & Stone, 2006). Les résultats suggèrent ainsi des associations seulement entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et leur propre manière de communiquer, d'exprimer leurs difficultés et de solliciter et d'offrir du soutien. Il s'avère alors approprié de s'intéresser aux résultats quant aux variables pouvant avoir un effet modérateur dans ces relations, telles que le genre.

4.1.3. Le genre des individus avec un ÉSPT comme variable modératrice

La recherche visait, notamment, à préciser les différences entre les femmes et les hommes, et plus spécifiquement à tester l'effet modérateur du genre quant aux associations entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs des individus avec un ÉSPT et la qualité des divers comportements de soutien. Nonobstant la sévérité des

symptômes, les résultats indiquent que les femmes et les hommes avec un ÉSPT favorisent différents comportements de soutien lors de la discussion. À cet effet, les femmes en tant qu'aidantes montrent plus de comportements d'implication (p. ex., parlent activement et manifestent des expressions faciales congruentes) alors que les hommes aidants démontrent davantage de comportements de retrait (p. ex., regardent ailleurs et parlent peu). Ces résultats corroborent les études observationnelles qui soutiennent que les femmes se dévoilent généralement davantage que les hommes lorsqu'elles discutent de sujets personnels (Dindia & Allen, 1992).

Les résultats montrent également des associations significatives pour les femmes et les hommes quant à la relation entre l'intensité de leurs symptômes et la qualité de leurs comportements de soutien. Comme prévu, pour les femmes avec un ÉSPT, l'intensité de leurs symptômes d'ÉSPT s'avère associée à une communication marquée par moins d'énoncés de validation, de proposition de solutions positives et d'implication. Parallèlement, l'intensité de leurs symptômes dépressifs concomitants est liée à une communication empreinte de moins de propositions de solutions positives, d'implication et de description de leurs difficultés. Globalement, il semble que l'intensité des symptômes des femmes avec un ÉSPT est liée à une communication moins appropriée avec leur proche significatif. Cette communication plus ardue semble congruente avec les écrits qui soutiennent des difficultés interpersonnelles, des problèmes de communication et de la détresse conjugale chez les individus avec un ÉSPT (Byrne & Riggs, 2002; Chartier-Otis, et al., 2009). Pour les hommes avec un ÉSPT, la sévérité de leurs symptômes d'ÉSPT s'avère liée à moins d'énoncés de contre-validation envers le proche. De plus, l'intensité de leurs symptômes dépressifs concomitants est associée à moins d'énoncés de contre-validation et à plus d'implication lors de la discussion. Or, il s'avère que l'intensité des symptômes des hommes avec un ÉSPT est associée à une communication plus appropriée avec leur proche significatif. Ces résultats diffèrent des écrits soulevés précédemment qui suggèrent de nombreuses difficultés interpersonnelles (Byrne & Riggs, 2002). Ainsi, les résultats des analyses corrélationnelles trouvés pour les femmes et les hommes avec un ÉSPT apparaissent opposés. Dès lors, ces observations

soulignent l'importance de documenter les résultats des analyses plus spécifiques quant à l'effet modérateur du genre, soit avec les tests de différence entre deux corrélations.

Contrairement aux prédictions initiales, les résultats des analyses plus spécifiques révèlent l'absence d'un effet modérateur du genre quant aux liens entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et la qualité des divers comportements de soutien. Ainsi, malgré les corrélations suggérant un patron de réponses distinctes, il n'est pas possible de statuer que les associations entre les symptômes d'ÉSPT et les comportements de soutien sont significativement différentes pour les femmes et les hommes avec un ÉSPT. Par contre, conformément aux hypothèses et au patron de réponses suggérés par les analyses corrélationnelles, les résultats confirment un effet modérateur du genre pour certaines associations entre la sévérité des symptômes dépressifs et la qualité des comportements de soutien. À cet effet, les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs s'avèrent significativement moins impliquées et proposent moins de solutions positives à leurs difficultés comparativement aux hommes. De leur côté, les hommes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs apparaissent significativement plus impliqués et contre-valident moins leur proche que les femmes. Globalement, les habiletés de solliciter et d'offrir du soutien des femmes avec un ÉSPT apparaissent moins adéquates que celles des hommes lorsqu'elles présentent également des symptômes dépressifs concomitants. Plusieurs explications sont plausibles afin de rendre compte de ces résultats.

4.1.4. Les différences de genre dans la communication et le soutien social

En premier lieu, il semble approprié de commenter l'influence spécifique des symptômes dépressifs. Selon une étude récente, les symptômes dépressifs semblent avoir un impact plus perturbateur sur le fonctionnement relationnel et la détresse des individus avec un ÉSPT que les symptômes d'ÉSPT (Beck, et al., 2009). Dans la présente étude, l'effet modérateur du genre émerge seulement lorsque les symptômes dépressifs concomitants sont examinés en lien avec la qualité du soutien social. Selon deux études observationnelles, les femmes avec des symptômes dépressifs ont davantage tendance à offrir, solliciter et recevoir le soutien de leur proche significatif de manière négative

lorsqu'elles discutent d'un problème personnel comparativement aux hommes (Cutrona & Suhr, 1994; Pasch, et al., 1997).

Une étude récente explique également qu'au-delà du fait d'être exposé à un ÉT, ce serait la manière dont l'individu donne un sens à cette expérience qui prédirait le développement de symptômes (p. ex., blâme de soi versus la prise de conscience de forces personnelles) (Cromer & Smyth, 2010). À cet effet, des différences de genre seraient observées quant aux processus cognitifs utilisés par les femmes et les hommes avec un ÉSPT. Le modèle cognitif de Tolin et Foa (2002) rapporte que les femmes avec un ÉSPT présentent davantage de pensées répétitives et négatives liées au blâme de soi, à une croyance d'être incompétente et à une perception que le monde est dangereux comparativement aux hommes. De plus, l'un des processus cognitifs centraux dans le maintien de l'état dépressif renvoie aux ruminations, soit la tendance à se concentrer sur les symptômes, les causes et les conséquences de son état de manière passive et répétitive (Nolen-Hoeksema, 1987). Les résultats des études menées auprès de victimes d'ÉT indiquent que la présence de ruminations est liée à une plus grande sévérité des symptômes d'ÉSPT (Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Sciancalepore & Motta, 2004). De plus, la présence de ruminations est associée à une aggravation des sentiments de colère, d'impuissance et de culpabilité (Birrer & Michael, 2011), à des conflits interpersonnels ainsi qu'à un certain inconfort à parler ouvertement de l'ÉT (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999) et à de faibles capacités de résolution de problèmes (Watkins & Baracaia, 2002). Certains résultats d'études soutiennent que les femmes ont tendance à ruminer davantage que les hommes en réponse à un état dépressif (Nolen-Hoeksema, et al., 1993; Nolen-Hoeksema, et al., 1994). À cet effet, les hommes seraient plus aptes à se distraire de leur humeur, tandis que les femmes amplifieraient davantage leur humeur déprimée en ruminant (Nolen-Hoeksema, 1987). Qui plus est, sur le plan social, le fait d'être impuissant, passif et vulnérable serait plus accepté chez les femmes (Saxe & Wolfe, 1999), ce qui pourrait renforcer leur disposition à ruminer. En somme, il semble plausible que les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs concomitants aient davantage tendance à ruminer,

d'autant plus que cette forme de passivité semble socialement acceptée chez elles. Elles pourraient alors paraître moins impliquées à discuter de leurs difficultés et à rechercher des solutions visant leur rétablissement. Cette hypothèse apparaît particulièrement intéressante à approfondir et valider pour les études futures.

Quant aux hommes, une étude observationnelle a trouvé que ces derniers accordaient généralement une proportion importante de leur temps de parole à nier dans une certaine mesure leurs problèmes (Goldsmith & Dun, 1997). Le fait de minimiser leurs symptômes, leur détresse et leurs cognitions négatives les aiderait à être plus cohérents avec les rôles masculins traditionnels (p. ex., être stoïque, fort, autosuffisant et nier les difficultés et les faiblesses) (Johnson & Repta, 2012; Saxe & Wolfe, 1999). Par contre, il se pourrait que le fait de rapporter davantage de symptômes amène les hommes avec un ÉSPT, à un certain moment, à reconnaître leurs difficultés et ainsi à percevoir la discussion sur l'impact de l'ÉSPT comme étant pertinente. Ils pourraient alors être plus impliqués dans la discussion et ouverts à parler de leurs difficultés. Toutefois, il serait pertinent, pour les études futures, de tester cette hypothèse afin d'en déterminer l'exactitude ainsi que les interprétations proposées.

Jusqu'à présent, les résultats mettent en lumière le vécu des individus avec un ÉSPT. À cet effet, l'expression des difficultés, la sollicitation d'aide et les comportements de soutien apparaissent moins adéquats chez les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs concomitants, possiblement en raison de la présence de ruminations. Ce processus cognitif étant plus socialement accepté chez les femmes. Pour les hommes avec un ÉSPT, il se pourrait que malgré leur tendance à peu parler de leurs difficultés pour être cohérents avec les caractéristiques masculines, à un certain moment, la sévérité de leurs symptômes les amène à être plus interpellés et impliqués dans la discussion. Ces résultats permettent ainsi de documenter la perspective des individus avec un ÉSPT, ce qui dirige maintenant l'intérêt d'exposer les résultats en ce qui concerne la perspective des proches.

4.2. Résultats principaux pour les proches significatifs

4.2.1. Les difficultés des individus avec un ÉSPT et les symptômes des proches

Le deuxième article visait à préciser le vécu des proches significatifs. Contrairement aux hypothèses initiales, les résultats ne révèlent aucune association entre la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT (c.-à-d., les symptômes d'ÉSPT, anxieux et dépressifs et l'altération du fonctionnement) et l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux des proches significatifs. Par conséquent, les proches en tant qu'aidants ne semblent pas vivre de détresse étant directement liée aux difficultés des individus avec un ÉSPT. Plusieurs interprétations sont possibles afin d'expliquer ce résultat.

Tout d'abord, les études qui soutiennent l'expérience de stress traumatique secondaire et de détresse chez les proches ont été menées auprès de militaires avec un ÉSPT et de leur conjointe (Bramsen, et al., 2002; Calhoun, Beckham, & Bosworth, 2002; Klarić, et al., 2013). À cet effet, il existe des différences notables entre le vécu des conjointes de militaires comparativement aux civils (Whealin & Pivar, 2007). Les conjointes de militaires doivent faire face à des stressors particuliers tels que l'incertitude quant à la dangerosité de la mission et des risques élevés de blessures et de mortalité. D'autant plus, la communication limitée avec le soldat exacerbe les inquiétudes et les difficultés conjugales préexistantes. Certaines conjointes doivent aussi gérer seules les tâches quotidiennes, et entretiennent un réseau social limité en raison des déménagements fréquents. Ces stressors spécifiques pourraient contribuer à la détresse de ces conjointes. Or, les résultats du présent article corroborent ceux de Chartier-Otis et ses collègues (2009) qui n'ont pas observé d'association entre les symptômes des civils avec un ÉSPT et ceux des conjoints. Par contre, certains conjoints présentaient des symptômes anxieux et dépressifs supérieurs à la population générale. Or, il semble que d'autres facteurs extérieurs, d'autres aspects liés à l'ÉSPT de la victime ou stressors personnels influencent le développement ou l'exacerbation de symptômes chez les proches significatifs (p. ex., leur situation professionnelle, leurs finances, leur santé physique ou leurs relations interpersonnelles). Face à ces enjeux personnels, les proches pourraient

avoir de la difficulté à s'adapter, vivre une certaine détresse et rapporter des symptômes. Il s'avère maintenant pertinent de commenter les résultats quant à la capacité des proches significatifs d'offrir du soutien aux individus avec un ÉSPT.

4.2.2. Les symptômes des proches et le soutien social

Le projet de recherche tentait notamment d'examiner les relations entre l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs des proches significatifs et la qualité de leurs comportements de soutien. Comme attendu, certaines associations s'avèrent significatives. À cet effet, l'intensité des symptômes dépressifs des proches est liée à moins de signes d'implication (p. ex., ils parlent et s'expriment moins). Cependant, aucune association n'émerge entre les symptômes anxieux des proches et la qualité de leurs comportements de soutien. Suivant les explications de la première étude, il semble que les symptômes dépressifs aient un impact particulièrement dommageable sur la communication interpersonnelle, en raison des demandes de réassurance, des ruminations et des attributions négatives (Joiner Jr., 2001). Globalement, la sévérité des symptômes dépressifs des proches s'avère liée négativement à leur capacité de s'impliquer et d'offrir du soutien. Ceci étant dit, il y a lieu de présenter les résultats quant aux variables potentiellement modératrices, soit le statut relationnel (c.-à-d., un conjoint comparé à un ami ou un membre de la famille) et le genre.

4.2.3. Le statut relationnel des proches comme variable modératrice

La présente recherche visait à comparer le soutien des conjoints et de la famille et des conjoints, en plus de tester son effet modérateur quant aux liens entre la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs des proches et la qualité de leurs comportements de soutien. En premier lieu, durant la discussion, les conjoints apparaissent moins impliqués et montrent plus de signes de dysphorie (c.-à-d., de détresse) que la famille et les amis. En outre, les résultats soutiennent des associations négatives entre l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs et la qualité de certains comportements de soutien chez les conjoints uniquement. À cet effet, l'intensité des symptômes dépressifs des conjoints

est liée à davantage d'expression de leurs émotions. La sévérité de leurs symptômes anxieux s'avère également liée à plus d'expression de leurs émotions et de dysphorie. Or, il est possible que plus les symptômes des conjoints soient sévères, plus ils prendraient conscience de l'impact négatif de l'ÉSPT, et par conséquent, ils exprimeraient davantage leurs émotions et leur détresse. D'ailleurs, il est également possible que les conjoints déjà fragilisés par la présence de symptômes anxieux et dépressifs soient davantage conscients des conséquences néfastes de l'ÉSPT. Il apparaît maintenant important d'examiner les résultats spécifiquement quant à l'effet modérateur du statut relationnel.

Conformément aux hypothèses, les résultats révèlent un effet modérateur significatif du statut, mais seulement pour une association entre l'intensité des symptômes anxieux des proches et la qualité de leurs comportements de soutien. Précisément, l'intensité des symptômes anxieux des conjoints s'avère associée à plus d'expression d'émotions comparativement à la famille et aux amis. Les conjoints semblent particulièrement impliqués sur le plan émotionnel. À la suite d'un ÉT, les victimes identifient généralement leur conjoint comme principale source d'aide, et ce soutien serait lié positivement à leur bien-être psychologique (Denkers, 1999). Par la cohabitation, les conjoints observent et partagent au quotidien les difficultés des individus avec un ÉSPT. D'ailleurs, ils doivent souvent compenser pour leurs limitations fonctionnelles afin de maintenir la routine et le fonctionnement quotidien. Or, les conjoints peuvent eux-mêmes vivre diverses émotions quant à ces difficultés et ces changements. Ces couples rapportent généralement de la détresse conjugale et des difficultés d'ajustement (Byrne & Riggs, 2002). Or, cette implication physique et émotionnelle constante au quotidien des conjoints pourrait expliquer qu'ils aient plus de difficulté à conserver une saine distance émotionnelle et à déterminer leur rôle et leurs limites, et ce, particulièrement lorsque ceux-ci sont déjà fragilisés et présentent des symptômes anxieux.

En outre, comme attendu, les résultats indiquent qu'un meilleur ajustement conjugal est lié à plus de comportements de soutien. Les conjoints avec un bon ajustement ont tendance à être davantage à l'écoute, impliqués, à décrire leurs difficultés, à valider autrui et sont moins retirés. Il semble alors que malgré leur difficulté à conserver une distance

émotionnelle optimale lorsqu'ils présentent eux-mêmes des symptômes, l'ajustement conjugal est associé à des meilleures habiletés de communication et de soutien. Ces résultats soulignent l'importance de la qualité de la relation conjugale (p. ex., l'intimité, la satisfaction, l'ajustement et la stabilité) à la suite d'un ÉT (Goff & Smith, 2005).

4.2.4. Le genre des proches comme variable modératrice

La présente recherche visait également à comparer les comportements de soutien des femmes et des hommes, en plus de tester son effet modérateur quant aux associations entre les symptômes anxieux et dépressifs des proches et leurs comportements de soutien. Les résultats montrent que les femmes en tant qu'aidantes expriment davantage leurs émotions et sont plus anxieuses, tandis que les hommes se retirent davantage lors de la discussion. Ces résultats soutiennent la plus grande aisance des femmes à se dévoiler et à discuter de leurs difficultés comparativement aux hommes (Dindia & Allen, 1992). De plus, les résultats soutiennent certaines associations négatives entre l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs des proches et la qualité de leurs comportements de soutien, mais seulement chez les hommes. Précisément, la sévérité des symptômes dépressifs est liée à moins d'expression de validation, d'implication et de propositions de solutions positives lors de la discussion. L'intensité des symptômes anxieux s'avère aussi associée à moins d'énoncés de validation et moins de signes d'implication et à plus de comportements de retrait. Il s'avère alors important d'examiner les résultats spécifiques en ce qui a trait à l'effet modérateur du genre quant à ces associations.

Les résultats soutiennent un effet modérateur du genre quant à certaines associations entre la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs des proches et la qualité de leurs comportements de soutien. Contrairement aux hypothèses, ces associations s'avèrent significativement plus fortes chez les hommes que chez les femmes. À cet effet, les hommes aidants avec des symptômes anxieux et dépressifs expriment moins d'énoncés de validation et proposent moins de solutions comparativement aux femmes. Il semble alors approprié de documenter cette communication et ces comportements de soutien moins adéquats chez les hommes en tant qu'aidants.

Il est possible que l'importance accordée aux rôles masculins traditionnels influence négativement les habiletés de soutien des hommes aidants. À cet effet, l'adhérence aux caractéristiques masculines peut influencer la santé mentale, car celles-ci sont associées à certains comportements nuisibles. À cet effet, ces individus qui se définissent par des caractéristiques masculines sont encouragés à être forts, à nier leurs faiblesses et leurs difficultés, à être indépendants et à refuser les offres d'aide (Bem, 1974; Johnson & Repta, 2012). Il est à préciser que le niveau d'adhérence aux rôles de genre traditionnels varie selon l'importance accordée par la société et la culture (Norris, Perilla, Ibañez, & Murphy, 2001). En fait, l'écart entre les comportements actuels des hommes (p. ex., vivre de la détresse, en parler et solliciter de l'aide) et ceux socialement encouragés (p. ex., être un aidant en contrôle émotionnellement) pourrait influencer négativement leur estime de soi et leurs comportements de soutien (Josephs, Markus, & Tafarodi, 1992; Pleck, 1995). Il se pourrait qu'au moment où les hommes se retrouvent dans une position d'aidants et vivent eux-mêmes des symptômes, les sentiments de honte et d'impuissance ressentis puissent s'avérer dissonants par rapport à leur rôle d'aidant et aux caractéristiques masculines (Reilly, et al., 2014; Saxe & Wolfe, 1999). En termes de rôle social, il est attendu que les proches aidants soient aptes à soutenir l'individu avec un ÉSPT, ce qui s'avère ardu quand ces derniers vivent eux-mêmes des symptômes anxieux et dépressifs. En fait, les caractéristiques masculines encouragées laissent peu de place à l'expression de la vulnérabilité, de l'impuissance et de la détresse (Levant, 2011). De surcroît, une étude rapporte que les hommes qui présentent des symptômes dépressifs sont peu enclins à discuter de leurs problèmes et de leurs émotions (Carpenter & Addis, 2000). Ce qui pourrait être d'autant plus vrai quand il est attendu que ce soit l'individu avec un ÉSPT principalement qui rapporte de la détresse. Globalement, il semble difficile pour les hommes aidants de discuter de leurs problèmes, de solliciter de l'aide et d'offrir du soutien en raison de leur propre détresse qui s'avère dissonante à leur rôle d'aidant. Il serait ainsi important de tester cette hypothèse dans les études futures afin de documenter l'expression de la détresse et les comportements de soutien des hommes aidants.

Quant aux femmes en position d'aidantes, selon les résultats, la qualité de leurs comportements de soutien n'apparaît pas associée à la sévérité de leurs symptômes. Des chercheurs expliquent qu'en situation stressante, les femmes et les hommes seraient enclins à utiliser un système distinct de réponses (Taylor et al., 2000). De leur côté, les femmes auraient tendance à utiliser un système du type « *tend and be friend* », soit de solliciter de l'aide auprès de leur réseau social, à offrir du soutien tout en veillant à conserver un réseau social d'aide. Quant aux hommes, ces derniers utiliseraient un système plus traditionnel de type fuite ou défense pour répondre et gérer rapidement la situation stressante. De plus, l'adhérence à des caractéristiques féminines pourrait influencer la santé en encourageant les individus à être concernés par leur état et en les encourageant à prioriser la santé de leur entourage (Johnson & Repta, 2012). Le fait de se retrouver dans une position d'aidant pourrait être plus habituel et voire confortable pour les femmes puisqu'elles mettraient également de l'avant des qualités féminines favorisées chez les femmes telles que l'empathie, le souci et l'écoute (Bem, 1974) et des rôles sociaux renforcés tels que prendre soin des autres (Eagly, 1987). Il se pourrait que cette habitude et ce renforcement social d'être dans une position d'aidante puissent avoir amené les femmes à développer leurs habiletés de soutien, et possiblement à être plus aptes à offrir du soutien malgré leurs propres difficultés. Toutefois, il serait, encore une fois, pertinent de tester cette hypothèse dans les études futures.

En somme, la sévérité des symptômes des hommes en tant qu'aidants semble associée à certains comportements de soutien moins adéquats lors de la discussion. Il se pourrait que l'importance de remplir leur rôle d'aidant et de répondre aux rôles masculins traditionnels influence négativement leur capacité d'offrir un soutien adéquat aux individus avec un ÉSPT au moment où ils présentent eux-mêmes des symptômes. Les femmes en tant qu'aidantes semblent faire appel à des caractéristiques féminines socialement valorisées. Or, cette tendance habituelle d'offrir du soutien pourrait expliquer qu'elles soient aptes à offrir du soutien malgré la présence de symptômes.

4.3. Unification des résultats des deux études empiriques

Les résultats des deux articles mettent en évidence que la sévérité des symptômes vécus par les individus avec un ÉSPT et les proches significatifs est associée négativement à leur propre manière de communiquer, soit d'exprimer leurs difficultés, de solliciter de l'aide et d'offrir du soutien. De plus, les résultats du second article montrent que la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT n'est pas liée à l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs des proches significatifs. Ainsi, malgré le fait que les proches peuvent vivre de la détresse, celle-ci ne semble pas être directement associée aux difficultés des individus avec un ÉSPT, mais possiblement à la présence de stressors personnels ou d'autres aspects de l'expérience traumatique. Les résultats révèlent également que l'intensité des symptômes dépressifs des proches significatifs est associée à moins de signes d'implication active. Il apparaît ainsi pertinent d'examiner la présence de symptômes chez les proches sachant qu'elle est associée à une capacité moins optimale d'offrir du soutien. De surcroît, les deux études soulignent la pertinence d'évaluer les symptômes de type anxieux et aussi dépressif. À cet effet, plus les individus avec un ÉSPT et les proches significatifs sont déprimés, moins ils sont impliqués et moins ils proposent des solutions à leurs difficultés. Ensuite, les résultats du deuxième article démontrent que la sévérité des symptômes des conjoints est plus fortement associée à l'expression de leurs émotions comparativement aux amis et à la famille. Les conjoints semblent avoir de la difficulté à conserver une distance émotionnelle lorsqu'ils offrent du soutien au moment où ils rapportent eux-mêmes des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, un meilleur ajustement conjugal est associé à plusieurs comportements de soutien adaptés.

En ce qui a trait au rôle modérateur du genre, les deux articles de la thèse dévoilent des résultats qui semblent divergents. Le premier article suggère plusieurs associations négatives entre l'intensité des symptômes de type anxieux et dépressif et la qualité des comportements de soutien des femmes avec un ÉSPT. Dans le deuxième article, ces associations négatives s'avèrent présentes chez les hommes en tant que proches aidants. À cet effet, une étude stipule que ces différences pourraient être expliquées par des

variables liées au genre (p. ex., les rôles de genre et l'identité de genre) (Christiansen & Elklit, 2008). À cet effet, les rôles de genre réfèrent aux normes comportementales dans la société qui influencent la vie quotidienne, les expériences et les attentes envers les hommes et les femmes (p. ex., le code vestimentaire, la posture, les attitudes et les réactions) (Johnson, et al., 2009). L'identité de genre renvoie au degré auquel l'individu se perçoit sur un continuum comme étant féminin et masculin. Or, les résultats des deux articles laissent présager que le genre influence les comportements de soutien.

Les résultats du premier article indiquent que les femmes avec un ÉSPT et des symptômes dépressifs concomitants sont moins impliquées et proposent moins de solutions que les hommes. Des différences seraient présentes par rapport aux processus cognitifs utilisés par les femmes et les hommes (Tolin & Foa, 2002). À cet effet, les ruminations plus fréquentes chez les femmes pourraient affecter négativement leurs habiletés de communication et de résolution de problèmes (Nolen-Hoeksema, et al., 1994). De surcroît, le fait d'être impuissant et passif, par exemple en ruminant, serait plus cohérent avec des caractéristiques féminines (Saxe & Wolfe, 1999). De leur côté, les hommes pourraient généralement avoir tendance à minimiser leur détresse afin d'être cohérents avec les caractéristiques masculines qui préconisent la force, l'indépendance et le déni des difficultés (Bem, 1974; Johnson & Repta, 2012; Saxe & Wolfe, 1999). Par contre, il se pourrait que les hommes avec davantage de symptômes en viennent à reconnaître leurs difficultés et se sentent alors plus interpellés par l'importance de la discussion filmée et s'impliquent plus activement.

Le deuxième article montre que les hommes aidants avec des symptômes anxieux et dépressifs ont moins tendance à valider autrui et à proposer des solutions comparativement aux femmes. Selon les résultats du premier article, il aurait pu sembler intuitif de prédire de plus fortes associations négatives entre les symptômes et les habiletés de soutien chez les femmes, ce qui n'est pas observé ici. En tant qu'aidantes, les femmes se rapprocheraient de leur réseau social et offriraient du soutien (Taylor, et al., 2000). Ces dernières mettraient alors de l'avant des qualités féminines reconnues et valorisées chez les femmes telles que l'empathie, l'écoute et le fait de prendre soin de

l'autre (Bem, 1974; Eagly, 1987; Johnson & Repta, 2012). Ces habiletés acquises et cette valorisation sociale pourraient faire en sorte que les femmes, en tant qu'aidantes, seraient plus aptes à offrir du soutien malgré leurs propres difficultés. Pour les hommes, le concept de masculinité favorise l'autosuffisance, le contrôle émotionnel et le déni des difficultés et de la faiblesse (Bem, 1974; Johnson & Repta, 2012). En tant qu'aidants, l'importance accordée au fait de remplir leur rôle d'aidant et d'adhérer aux rôles masculins traditionnels pourrait influencer négativement les comportements de soutien des hommes lorsqu'ils présentent eux-mêmes des symptômes. Ces derniers pourraient alors ressentir de l'impuissance et de la honte en lien avec cette difficulté à remplir leur rôle d'aidant et d'être dissonants par rapport aux caractéristiques masculines valorisées (Reilly, et al., 2014; Saxe & Wolfe, 1999).

4.4. Implications cliniques des résultats

L'ÉSPT génère une détresse notable et altère significativement le fonctionnement quotidien et les relations interpersonnelles des individus avec un ÉSPT (Brillon, 2010). Or, la présente thèse révèle des résultats qui peuvent avoir des implications intéressantes pour les cliniciens travaillant auprès des individus souffrant d'un ÉSPT et de leurs proches significatifs. Dans cette section, l'auteure propose des stratégies d'intervention quant à la gestion des symptômes, la sollicitation d'aide et l'adoption de comportements de soutien adéquats basés principalement sur les résultats de la présente recherche.

4.4.1. Les symptômes et la communication des individus avec un ÉSPT

Les résultats montrent que la sévérité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs est associée à une communication moins adéquate en ce qui a trait à l'expression des difficultés, la sollicitation d'aide et les comportements de soutien, spécifiquement chez les femmes. Ces difficultés de communication pourraient nuire à leurs relations interpersonnelles à la suite d'un ÉT, soit à un moment où elles sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'aide. Une étude a trouvé que les femmes communiquaient souvent leurs besoins de manière indirecte en décrivant leur situation ou leurs réactions émotionnelles plutôt qu'en

demandant de l'aide directement (Cutrona, 1996). Dans cette situation, les cliniciens pourraient envisager l'utilisation de stratégies d'affirmation de soi afin d'améliorer leur capacité à solliciter du soutien (p. ex., exprimer ses émotions adéquatement ainsi qu'apprendre à formuler et à refuser des demandes). De surcroît, la littérature indique que ce serait principalement la perception quant à la disponibilité des proches à offrir du soutien qui serait associée aux symptômes d'ÉSPT (Norris & Kaniasty, 1996). Or, en thérapie, il pourrait être pertinent de discuter de la perception de l'individu avec un ÉSPT quant à la disponibilité du réseau social, et ce, particulièrement pour les femmes avec un ÉSPT. En fait, il est possible que certains individus perçoivent peu de soutien malgré la disponibilité et la volonté d'aider du réseau social. Dès lors, pour ces individus, le clinicien pourrait travailler à identifier certaines distorsions cognitives qui entretiennent la perception d'un manque de soutien. Ces distorsions pourraient alors être travaillées avec la stratégie de la restructuration cognitive afin d'adopter des pensées plus adaptées (p. ex., corriger la perception erronée que les proches ne veulent plus les écouter ou qu'ils les dérangent avec leurs problèmes).

Les résultats soulignent également l'importance d'évaluer les symptômes dépressifs puisqu'ils sont associés à une communication et des comportements de soutien moins appropriés chez les femmes avec un ÉSPT. À cet effet, les ruminations et les cognitions post-traumatiques négatives maintiennent les symptômes dépressifs, et sont davantage rapportées par les femmes (Nolen-Hoeksema, et al., 1994). Sur le plan clinique, ces résultats mettent en lumière l'importance de travailler ces cognitions négatives. À cet effet, la stratégie de restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles négatives (c.-à-d., vis-à-vis soi-même, les autres et l'avenir) semble pertinente afin d'adopter des pensées plus réalistes et adaptées. Il s'avère aussi à propos pour les cliniciens de favoriser des stratégies actives telles que la recherche de soutien et l'activation comportementale afin de gérer les symptômes dépressifs. L'activation permet à l'individu d'effectuer des activités qui lui sont importantes, valorisantes ou plaisantes, et peut conduire à un certain sentiment d'efficacité et réduire l'état négatif persistant. En fait, la restructuration cognitive et l'activation comportements représentent deux stratégies qui visent à réduire les symptômes dépressifs. Globalement, ces symptômes dépressifs sous-tendent des

cognitions et des comportements nuisibles à la communication interpersonnelle, tels qu'une vision négative de soi, des autres et du monde, des rétroactions négatives, des demandes de réassurance excessives, des attributions négatives et des ruminations (Joiner, 2002).

Il est à noter que même si les résultats soutiennent que les hommes avec un ÉSPT communiquent plus adéquatement que les femmes, il se pourrait que l'adhérence à des rôles masculins traditionnels (p. ex., être autosuffisant et ne pas montrer ses faiblesses) amène certains à nier leurs difficultés ou à masquer leur détresse. Il semble que plus cette adhérence est forte, plus les hommes rapportent des niveaux cliniques d'ÉSPT et de dépression (Jakupcak, 2014), et moins ils sollicitent de l'aide (Jakupcak, Osborne, Michael, Cook, & McFall, 2006). Certains auteurs proposent aux cliniciens de questionner quant à l'importance accordée à l'identité masculine et à l'adhérence aux rôles masculins traditionnels, car cela peut maintenir les symptômes et créer une certaine résistance à dévoiler leurs vulnérabilités dans le processus thérapeutique (Pollack & Levant, 1998).

Sur le plan des services publics, il semble pertinent de faciliter l'accès à la psychothérapie. Il pourrait être approprié d'encourager les victimes d'ÉT à consulter leur CLSC afin d'être évaluées et référées à un psychologue au besoin ou de consulter dans le secteur privé. Les professionnels de la santé des CLSC devraient être formés afin de dépister l'ÉSPT, d'offrir un traitement adapté au trouble ou de référer rapidement à un clinicien spécialisé.

4.4.2. Les symptômes et les comportements de soutien des proches

Les résultats de la thèse ne permettent pas de soutenir un lien entre les symptômes des individus avec un ÉSPT et les comportements de soutien des proches. Par contre, la littérature explique que c'est la perception du soutien des proches qui jouerait un rôle de médiateur dans cette relation (Wethington & Kessler, 1986). Or, il semble tout de même pertinent de favoriser le soutien des proches. En fait, parvenir à offrir un soutien adapté

aux besoins des individus avec un ÉSPT représente un défi de taille pour les proches significatifs. En effet, malgré leurs bonnes intentions, certains comportements peuvent s'avérer contreproductifs, et par conséquent renforcer le maintien des symptômes et l'évitement des individus avec un ÉSPT (p. ex., l'encourager à éviter de sortir de son domicile). Sur le plan clinique, il semble indiqué d'offrir des directives précises qui leur permettraient d'être mieux orientés par rapport aux comportements de soutien à offrir. Ces conseils pourraient être dispensés lors de la psychothérapie de l'individu avec un ÉSPT où le proche serait invité à certaines séances (Byrne & Riggs, 2002; Guay, Marchand, et al., 2006). Les proches significatifs seraient alors encouragés à adopter certains comportements tels que démontrer de l'empathie face à la détresse, éviter la critique et encourager tous les progrès des individus avec un ÉSPT (Guay, 2005). Cependant, les proches doivent consentir à être présents, désirer comprendre les difficultés de l'individu avec un ÉSPT et être ouverts à modifier certaines croyances et comportements inadéquats (voir Annexe J pour les conseils aux proches).

De plus, la présente recherche montre que les proches significatifs qui rapportent des symptômes présentent certains comportements de soutien moins adéquats. En conséquence, les cliniciens pourraient évaluer la santé mentale des proches en dépistant les symptômes dépressifs et anxieux. À cet effet, des questionnaires simples, rapides et empiriquement validés, tels que le *Beck Depression Inventory* (Beck, et al., 1996) et aussi le *Beck Anxiety Inventory* (Beck & Steer, 1990) pourraient être utilisés. Les proches qui rapportent des symptômes envahissants ou des difficultés personnelles importantes pourraient éventuellement être référés à des psychologues pour des suivis individuels en cas de besoin. La gestion de leurs symptômes et de leurs problèmes personnels permettrait d'améliorer leur santé mentale, et de les aider à identifier des stratégies afin de résoudre leurs problèmes. Par le fait même, il se pourrait qu'ils soient plus aptes émotionnellement à offrir de l'aide. Une étude qualitative montre que les proches en tant qu'aidants aimeraient bénéficier d'aide pour leurs difficultés personnelles et être orientés quant aux comportements de soutien à adopter (Chartier-Otis, et al., 2010).

En outre, les résultats de la recherche soulignent la pertinence de favoriser les comportements de soutien plus particulièrement des hommes et des conjoints aidants qui

rapportent des symptômes anxieux et dépressifs. À cet effet, il pourrait être bénéfique d'examiner l'adhérence aux rôles masculins traditionnels chez les hommes (Jakupcak, et al., 2006). Il semble que plus les hommes adhèreraient à des rôles de genre traditionnels, plus ils rapporteraient des symptômes anxieux et dépressifs (Jakupcak, 2014). Lors d'une rencontre avec le proche durant la psychothérapie de l'individu avec un ÉSPT, il serait à propos de discuter avec ces hommes aidants de l'importance qu'ils accordent à leur identité masculine et à la manière dont elle peut être menacée lorsqu'ils présentent eux-mêmes une certaine fragilité en raison de leurs symptômes. Dès lors, certaines croyances qui peuvent maintenir leurs symptômes, et influencer négativement la qualité de leurs comportements de soutien pourraient être identifiées (p. ex., un homme doit toujours être fort, peu importe ce qu'il vit ou un homme ne montre pas ses faiblesses). Ensuite, la restructuration cognitive pourrait être utilisée afin de favoriser l'adoption de pensées plus réalistes et adaptées. Les hommes aidants présentant des symptômes invalidants pourraient plutôt être référés à une aide spécialisée.

De surcroît, les résultats suggèrent que les conjoints qui rapportent des symptômes anxieux et dépressifs ont de la difficulté à conserver une distance émotionnelle optimale puisqu'ils adoptent certains comportements de soutien moins adéquats que les amis et la famille. Dans le quotidien, certains conjoints peuvent tenter de s'adapter en modifiant certains rôles et habitudes (p. ex., les tâches domestiques et la routine familiale). Cependant, lorsque les difficultés se chronicisent, des tensions et de la détresse conjugale peuvent éclater. L'évitement persistant des individus avec un ÉSPT semble limiter la qualité de vie du couple (Baucom, Stanton, & Epstein, 2003). Les conjoints pourraient être encouragés à prendre du temps pour eux, et à chercher une aide spécialisée en cas de besoin. La présente recherche indique également que l'ajustement conjugal à la suite d'un ÉT est lié à un soutien plus adéquat de la part des conjoints. Ainsi, il semble approprié de favoriser l'ajustement conjugal, en travaillant certains thèmes tels que les activités plaisantes de couple, l'expression des émotions, les habiletés de communication et de résolution de problèmes ainsi que la gestion des tâches quotidiennes depuis la survenue de l'ÉT (Riggs, 2000). À cet effet, le couple pourrait être rencontré à un moment lors de la psychothérapie de l'individu avec un ÉSPT afin d'adresser certains de ces éléments.

Toutefois, si les difficultés conjugales apparaissent majeures ou chroniques, il pourrait être envisageable de recommander une psychothérapie de couple séquentiellement, c'est-à-dire seulement lorsque l'objectif de la thérapie individuelle de réduction des symptômes a été atteint, et qu'il semble avoir plus de stabilité dans la vie de l'individu.

Sur le plan des services publics, les résultats soulignent l'importance de considérer le vécu des proches significatifs, et plus particulièrement leur santé mentale. À titre d'exemple, l'Indemnisation aux victimes d'actes criminels (IVAC) accepte désormais la possibilité d'indemniser la psychothérapie pour certains individus n'ayant pas été exposés directement à un ÉT (p. ex., leur enfant a été agressé). Il s'avère favorable d'encourager les proches avec des symptômes invalidants ou des problèmes personnels envahissants de consulter leur CLSC afin d'être référés à un psychologue en cas de besoin ou être dirigé vers le secteur privé.

4.5. Considérations méthodologiques

4.5.1. Limites du projet de recherche doctorale

Il convient de souligner certaines limites inhérentes au projet de recherche doctorale afin d'interpréter les résultats avec prudence et retenue. Les premières limites concernent la taille modeste de l'échantillon ainsi que les groupes inégaux (c.-à-d., plus de femmes avec un ÉSPT par rapport aux hommes et plus d'aidants étant des conjoints que des amis et de la famille) qui ont limité la puissance statistique, soit la capacité de détecter des effets. Or, comme l'étude était principalement de nature exploratoire en raison de l'utilisation nouvelle de la mesure observationnelle, il a été décidé de ne pas effectuer de correction du seuil alpha lors des analyses principales. Cette décision permettait de maximiser la puissance, qui était déjà limitée, et ce, malgré la multiplication des analyses statistiques. Évidemment, cette décision augmente le risque d'erreur de type I, et diminue ainsi la certitude quant aux résultats obtenus. Par contre, les tailles d'effet ont été calculées pour les tests de différence entre deux corrélations, c'est-à-dire l'étendue des

différences entre les corrélations trouvées pour les femmes et les hommes. Cette mesure s'avère pertinente puisqu'elle n'est pas influencée par la taille de l'échantillon. Ainsi, cette étude exploratoire permet de cibler les variables et les effets qui seraient pertinents de confirmer dans les études futures auprès d'un plus grand échantillon. De plus, un modèle de régression général pour chaque variable dépendante incluant les 10 variables indépendantes de soutien et les termes d'interaction (c.-à-d., genre x soutien et statut x soutien pour le deuxième article) n'a pas pu être testé. De plus, les variables sociodémographiques potentiellement confondantes n'ont pas été contrôlées. En effet, les postulats de base n'ont pas pu être respectés en raison de la taille d'échantillon restreinte (c.-à-d., 10 participants par effet à tester, soit 400 participants pour le premier article et 600 participants pour le deuxième). Pour chaque variable dépendante, il a été décidé d'effectuer des tests de différence entre deux corrélations afin de tester l'effet modérateur du genre et du statut pour chacune des 10 variables de soutien individuellement. Ces tests sont moins fréquemment utilisés dans les études empiriques comparativement aux analyses de régression. Toutefois, ces deux types d'analyse sont comparables lorsque la variance entre les groupes est équivalente. À cet effet, les deux types d'analyse ont été effectués et ont mené aux mêmes résultats. De plus, les tests de différence entre deux corrélations s'avèrent plus simples, comprennent moins de tests et permettent de présenter plus clairement les résultats obtenus dans un tableau. Somme toute, les résultats doivent être interprétés avec précaution puisqu'ils devraient être répliqués afin d'augmenter le degré de certitude de ces derniers.

Quant à la taille de l'échantillon, il est à noter que le recrutement de participants présentant un trouble mental dont l'ÉSPT est ardu. À cet effet, les individus avec un ÉSPT présentent des symptômes d'évitement qui peuvent nuire à leurs démarches d'aide, car ils cherchent généralement à ne plus être en contact avec des stimuli associés à leur ÉT (Lavoie, et al., 2009). Il demeure important de souligner que l'utilisation d'une mesure d'observation auprès d'un échantillon clinique requiert du temps ainsi qu'un investissement considérable (p. ex., recrutement, entrevues diagnostiques, formation des assistants, codification, accord interjuges et saisie de données). Conséquemment, un

échantillon composé de 68 individus avec un ÉSPT et de leur proche significatif respectif représente une taille importante considérant le type de mesure utilisé.

Certaines limites sont à noter spécifiquement concernant la discussion filmée. En premier lieu, la discussion entre l'individu avec un ÉSPT et son proche significatif s'est déroulée dans le laboratoire de recherche. Certains participants ont pu être plus réticents à interagir comme ils le feraient au quotidien, particulièrement en raison de la désirabilité sociale. Par contre, cet effet a pu être limité dans une certaine mesure puisqu'avant d'entamer la discussion active ciblant l'impact de l'ÉSPT, la dyade a été invitée à discuter d'un sujet neutre pour une période de 10 minutes. Cette étape a permis à la dyade de se familiariser à l'environnement. Ensuite, la participation sur une base volontaire a pu engendrer un certain biais de sélection, puisque les dyades ayant plus de difficulté à communiquer et à se soutenir ont pu être moins enclines à participer à la tâche d'observation dans l'étude. Dans la même lignée, la nature de la tâche qui ciblait la manière dont la dyade interagit et se soutient peut avoir orienté la discussion vers des aspects positifs. Ainsi, la variabilité des comportements négatifs de soutien a pu être réduite. En dernier lieu, le fait d'avoir combiné les scores des comportements de soutien émis dans les deux discussions (c.-à-d., le rôle d'aidant et d'aidé pour chaque individu) lors des analyses statistiques a limité l'information quant à la spécificité du rôle adopté. Toutefois, cette combinaison visait à maximiser la variabilité et la puissance statistique en obtenant une fenêtre d'observation plus large. Un objectif était aussi d'observer les comportements de soutien au quotidien entre les individus avec un ÉSPT et leur proche significatif où les rôles d'aidé et d'aidant s'interchangent continuellement selon les situations.

Une autre limite concerne le devis de recherche qui était de nature transversale et corrélationnelle, ce qui n'a pas permis d'établir de liens de causalité probables entre la sévérité des symptômes et la qualité des comportements de soutien (p. ex., est-ce que ce sont les interactions sociales négatives qui exacerbent les symptômes d'ÉSPT et/ou est-ce les symptômes d'ÉSPT qui engendrent des conflits interpersonnels?). Or, seule la présence d'associations entre ces variables a pu être précisée. Des études longitudinales seraient nécessaires afin de déterminer ces liens causaux.

La dernière limite concerne la mesure du genre. À cet effet, aucune mesure spécifique du genre n'a été utilisée dans cette recherche, telle que le *Bem Sex Role* (Bem, 1974). Ainsi, il n'a pas été possible de déterminer dans quelle mesure l'adhérence aux rôles de genre traditionnels et aux caractéristiques dites féminines et masculines ont influencé les comportements de soutien des femmes et des hommes. L'objectif visait à commenter les différences observées entre les femmes et les hommes en émettant des hypothèses explicatives en lien avec des variables de genre (p. ex., les rôles de genre et identité de genre). L'utilisation de mesures spécifiques aurait pu permettre de documenter l'apport des variables liées au genre par rapport aux comportements de soutien. Finalement, la composition de la dyade n'a pas été considérée dans les analyses (c.-à-d., femme avec femme, homme avec homme et femme avec homme). Or, il n'est pas possible de statuer si l'effet du genre représente un effet des caractéristiques personnelles et/ou systémiques.

4.5.2. Forces du projet de recherche doctorale

Malgré les limites mentionnées précédemment, ce projet de recherche possède des forces intéressantes sur le plan méthodologique. En premier lieu, l'utilisation d'une mesure d'observation directe des comportements de soutien représente un aspect novateur. Cette mesure permet d'examiner les comportements de soutien observables (c.-à-d., le soutien reçu) qui ont été peu documentés dans les études précédentes comparativement à la perception du soutien (c.-à-d., le soutien perçu) (Haber, et al., 2007). Cette recherche représente ainsi l'une des premières à examiner les comportements de soutien auprès d'individus avec un diagnostic d'ÉSPT et leur proche significatif (Lehoux, et al., 2007). D'autant plus, en comparaison aux études observationnelles précédentes, la taille de l'échantillon de 68 participants de la présente recherche s'avère notable. D'ailleurs, la tâche d'observation a été adaptée au contexte de vie des individus avec un ÉSPT et de leurs proches. En effet, les dyades ont été invitées à discuter de l'impact de l'ÉSPT et de se soutenir mutuellement. De surcroît, cette étude a utilisé des entrevues semi-structurées empiriquement validées et administrées par des assistants gradués en psychologie et

formés afin d'établir le diagnostic clinique d'ÉSPT. Des questionnaires largement utilisés et validés ont été utilisés pour mesurer les symptômes d'ÉSPT, dépressifs et anxieux.

Cette recherche détient notamment l'avantage de s'intéresser au vécu des proches significatifs, qui a peu été documenté dans la littérature particulièrement dans la population non militaire. À cet effet, les liens entre les symptômes anxieux et dépressifs des proches et les difficultés des individus avec un ÉSPT ont été examinés. De surcroît, l'examen des associations possibles entre les symptômes des proches et la qualité de leurs comportements de soutien représente une nouveauté pertinente. Par le fait même, les résultats significatifs trouvés soulignent l'importance d'évaluer la santé mentale des proches. L'examen des rôles modérateurs du genre et du statut relationnel apparaît aussi notable et permet de préciser les résultats obtenus.

Cette étude se démarque également par l'avancée des connaissances dans le domaine du genre. Désormais, l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) prônent l'importance d'évaluer l'influence du sexe et du genre dans les études canadiennes qui portent sur la santé, et proposent à cet égard les définitions des concepts et plusieurs méthodes de recherche (Johnson, et al., 2009; Oliffe & Greaves, 2012). La présente recherche souligne l'intérêt de dépasser l'examen unique du sexe autorapporté pour mieux comprendre le vécu des femmes et des hommes. À cet effet, cette thèse propose des hypothèses explicatives quant aux différences trouvées entre les femmes et les hommes à l'aide de variables liées au genre (p. ex., l'identité de genre et les rôles de genre).

4.6. Pistes de recherches futures

À ce jour, plusieurs études se sont intéressées à l'ÉSPT et au soutien social appuyant la forte association entre ces deux variables. Toutefois, ces études ne nous éclairent pas encore suffisamment quant aux variables pouvant influencer la sollicitation du soutien des individus aux prises avec un ÉSPT et la qualité du soutien offert par les proches significatifs. Les chercheurs doivent ainsi poursuivre leurs recherches afin de préciser ces

variables. Pour ce faire, voici quelques recommandations quant aux perspectives sur lesquels les chercheurs pourraient concentrer leurs efforts pour les années à venir.

4.6.1. Bonifier la méthodologie de recherche

En lien avec les limites soulevées précédemment, il semble approprié pour les études ultérieures de reproduire la présente recherche auprès d'un plus grand échantillon, et ce, en incluant des groupes de comparaison équivalents. Or, la qualité des analyses statistiques pourrait être améliorée à plusieurs niveaux. Il serait possible de contrôler pour le seuil de l'alpha et utiliser un modèle d'analyses de régression intégrateur pour chaque variable dépendante qui regrouperait toutes les variables indépendantes et les termes d'interaction afin de tester les effets modérateurs du genre et du statut relationnel. Ces améliorations méthodologiques et statistiques permettraient de répliquer la présente étude afin de s'assurer de la certitude des résultats obtenus et des interprétations proposées. De plus, il serait pertinent de contrôler pour l'effet de certaines variables potentiellement confondantes (p. ex., le temps écoulé depuis l'ÉT et les variables sociodémographiques). D'ailleurs, en augmentant la puissance statistique, il serait possible d'obtenir suffisamment de variance afin d'analyser séparément les deux tâches de la discussion filmée (c.-à-d., le rôle d'aidé et d'aidant). L'effet spécifique du rôle adopté pourrait être examiné de manière approfondie en fonction du genre et du statut relationnel. En outre, l'utilisation d'un devis de recherche longitudinal permettrait de préciser les liens causaux potentiels entre la qualité des comportements de soutien et la sévérité des symptômes. Alors, il serait possible de documenter l'effet du passage du temps (p. ex., l'évolution des symptômes, la qualité de la relation avec les proches, l'ajustement conjugal et la mobilisation du réseau social).

4.6.2. Utiliser des mesures du genre

La présente recherche s'est intéressée à documenter les différences observées entre les hommes et les femmes quant aux associations entre les symptômes de type anxieux et

dépressifs et les comportements de soutien. Les études futures bénéficieraient de l'intégration d'instruments spécifiques mesurant les dimensions de genre, par exemple, les rôles de genre et l'identité de genre.

Les études futures pourraient inclure des questionnaires tels que le *Bem Sex Role Inventory* (Bem, 1974). Ce questionnaire invite les participants à noter dans quelle mesure, selon une échelle de Likert en 7 points (c.-à-d., *jamais ou presque jamais vrai à toujours ou presque toujours vrai*), ils s'identifient à 60 caractéristiques dites masculines (p. ex., être ambitieux, indépendant et agressif), féminines (p. ex., être affectueux, timide et sensible aux besoins des autres) et neutres (p. ex., être fiable, sincère et joyeux). Les résultats permettent d'obtenir quatre catégorisations quant à l'identité de genre; féminine, masculine, androgyne ou indifférenciée. Toutefois, malgré sa pertinence, il est à noter que le questionnaire a été élaboré selon les rôles de genre véhiculés au cours des années 70. Or, les attentes sociales envers les femmes et les hommes et la conception de l'identité ont pu avoir changé avec le passage du temps. À cet effet, une étude récente n'a pas pu reproduire la structure factorielle originale de l'instrument (Colley, Mulhern, Maltby, & Wood, 2009). Ce résultat pourrait suggérer certains changements sociétaux dans la conception de l'identité et des caractéristiques féminines et masculines. Malencontreusement, peu de nouveaux instruments ont été développés afin de pallier à cette limite. Tout de même, ce questionnaire demeure utilisé dans les études actuelles, et permet de comparer les résultats trouvés à d'autres études.

Il serait également pertinent d'évaluer le niveau d'adhérence des individus à des rôles de genre masculin traditionnels (p. ex., être fort, indépendant et ne pas montrer ses faiblesses) afin de documenter son impact sur leurs symptômes, l'expression de leur détresse et quant aux capacités à solliciter de l'aide et à offrir du soutien. À cet effet, plusieurs questionnaires s'avèrent intéressants tels que le *Male Role Norms Inventory* qui a été révisé récemment (Levant, et al., 2010; Levant et al., 2007). Ce dernier se compose de 53 items qui déterminent dans quelle mesure les individus endossent les rôles masculins traditionnels sur une échelle de Likert en 7 points (c.-à-d., *fortement en désaccord à fortement en accord*). Un score élevé indique une forte adhérence aux rôles

masculins traditionnels. De plus, sept sous-échelles composent cet instrument (c.-à-d., restriction des émotions, rigidité, dominance, attitudes envers la sexualité, autosuffisance, évitement de la féminité et négativité envers les minorités sexuelles). Il serait intéressant de comparer les résultats obtenus en fonction du sexe autorapporté et de l'identité de genre selon le Bem Sex Role (1974).

De plus, il existe un nouveau questionnaire qui évalue plusieurs dimensions relatives à la plus grande vulnérabilité des individus présentant des caractéristiques féminines de développer des maladies mentales, telles que l'ÉSPT ainsi que l'importance d'accomplir certains rôles sociaux (p. ex., veiller au bien-être de son entourage). Le *Gender Role Socialization Scale* (Toner et al., 2012) a été élaboré par des chercheurs canadiens, et est actuellement en processus de validation. Les individus sont invités à répondre dans quelle mesure ils sont en accord, selon une échelle de Likert en 7 points (c.-à-d., de *fortement en désaccord* à *fortement en accord*), quant à 30 énoncés liés aux rôles de genre et aux caractéristiques dites féminines (p. ex., l'importance de prendre soin des autres). Encore une fois, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus en fonction du sexe autorapporté et de l'identité de genre selon le Bem Sex Role (1974).

Enfin, jusqu'à présent, la littérature sur l'ÉSPT s'est peu intéressée aux associations entre l'ÉSPT, le soutien social et le genre (Simmons, 2007). À cet effet, il serait pertinent que les études futures explorent l'effet des variables liées au genre en relation avec les comportements de soutien, et ce, en incluant des mesures spécifiques du genre. Il serait alors possible d'examiner dans quelle mesure le genre influence la recherche de soutien, l'expression de la détresse et les comportements de soutien. Qui plus est, les études ultérieures pourraient s'assurer que les instruments utilisés (p. ex., ceux mesurant les symptômes) ne présentent pas de biais liés au genre (c.-à-d., des items dont les femmes ou les hommes auraient une plus grande propension à endosser en raison de l'acceptation sociale) (Gavranidou & Rosner, 2003). En dernier lieu, il serait intéressant d'examiner l'effet de la composition de la dyade dans la discussion filmée (c.-à-d., femme avec femme, homme avec homme et homme avec femme). Cet examen permettrait de mieux distinguer ce qui appartient à l'effet individuel et à l'effet systémique en ce qui a trait au

genre. À cet effet, la littérature indique généralement que les femmes et les hommes sont plus confortables de se dévoiler à des femmes en tant que confidentes (Antonucci & Akiyama, 1987), ce qui serait intéressant à explorer dans les études futures.

4.6.3. Examiner le phénomène de fardeau

Les résultats ne soutiennent pas de lien direct entre la détresse des proches aidants et la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT. Par contre, le concept de fardeau semble pertinent à considérer pour les études futures en raison des diverses difficultés et des stressors quotidiens auxquels les proches aidants doivent s'adapter. À cet effet, la définition du fardeau renvoie à deux concepts : (a) le fardeau objectif qui est lié aux effets négatifs directs comme le fait de devoir s'occuper de certaines tâches ou de répondre aux demandes d'aide et (b) le fardeau subjectif qui renvoie à l'interprétation de la situation et à quel point l'aidant perçoit qu'il porte une lourde tâche (Maurin & Boyd, 1990).

La majorité des études ont examiné le fardeau des proches en lien avec les troubles de santé graves et persistants tels que la schizophrénie, la démence et les maladies chroniques (Baronet, 1999; Loukissa, 1995). Jusqu'à présent, les seules études s'étant intéressées au fardeau lié à l'ÉSPT ont ciblé les vétérans de la guerre et leur conjointe. Le fardeau a été mesuré à l'aide du *Burden Inventory* (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). Ces chercheurs ont observé une association positive entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT des vétérans et l'intensité du fardeau des conjointes. D'ailleurs, la sévérité de leur fardeau était associée à de la détresse et des symptômes anxieux. De plus, les conjointes de vétérans avec un ÉSPT rapportaient un fardeau plus sévère et un plus faible ajustement que les conjointes des vétérans sans ÉSPT (Beckham, Lytle, & Feldman, 1996; Calhoun, et al., 2002; Klaric, et al., 2010). Les proches des individus avec un ÉSPT dans la population générale pourraient aussi vivre un certain fardeau (Chartier-Otis, et al., 2010), ce qui pourrait être examiné dans les études futures.

4.6.4. Bonifier la mesure d'observation avec le rappel assisté

La présente recherche souligne l'intérêt d'utiliser une mesure d'observation dans l'étude des comportements de soutien échangés entre les individus avec un ÉSPT et leur proche significatif. L'ajout d'une stratégie telle que le rappel assisté (c.-à-d., *tape assisted recall*) représenterait une valeur ajoutée en permettant d'obtenir plus d'information sur l'impact des comportements de soutien (Elliott, 1979; Pistrang & Barker, 2002). La procédure prévoit qu'à la suite de la discussion filmée, la dyade visionne l'extrait vidéo avec le chercheur. Après chaque comportement de soutien observé, l'extrait est arrêté (p. ex., le proche dit : « tu devrais sortir plus souvent de la maison »). Le chercheur invite alors les participants à discuter de l'impact de ce comportement sur l'individu avec un ÉSPT (p. ex., « je sens que mon conjoint me trouve lâche »), et puis l'intention du proche est demandée (p. ex., « je cherche des solutions pour que ma conjointe s'isole moins »).

Cette stratégie donnerait accès aux réactions de la dyade au moment de l'interaction. Elle permettrait de faire le lien entre les perceptions et les comportements observés. Ainsi, le rappel assisté permettrait d'effectuer une analyse microscopique et qualitative des données observationnelles tout en obtenant des mesures autorapportées de la perception de la dyade. L'ajout du rappel assisté serait novateur, car il documenterait à la fois le soutien dit reçu et perçu. Il serait alors possible de comprendre l'écart possible entre le comportement de soutien et la perception de l'individu par rapport à ce comportement. Sur le plan clinique, ces informations permettraient également d'identifier les distorsions cognitives et de réajuster la perception de l'individu en fonction de l'intention de l'autre. Il est à noter qu'une seule étude de cas a utilisé cette stratégie auprès de trois patientes atteintes d'un cancer du sein et de leur conjoint (Pistrang, Barker, & Rutter, 1997). L'étude n'a pas rapporté la qualité des propriétés psychométriques de l'instrument, ce qui serait important à préciser pour les études futures.

4.6.5. Examiner la relation entre les ruminations et le soutien social

Les résultats de la thèse soulignent la présence d'associations négatives entre l'intensité des symptômes dépressifs et la qualité de certains comportements de soutien des femmes avec un ÉSPT. Or, les études futures pourraient évaluer spécifiquement les cognitions négatives qui maintiennent l'état dépressif et qui sont plus fréquemment rapportés par les femmes. À cet effet, le *Response Style Questionnaire* (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) serait intéressant, et plus précisément la sous-échelle *Ruminative Response*. Cette dernière comprend 22 items ciblant les réponses des individus quant à un état dépressif relatif à soi (p. ex., «Pour quelle raison est-ce que je réagis ainsi?»), les symptômes (p. ex., «Je pense à quel point je ne parviens plus à me concentrer») ainsi que les causes et les conséquences de l'ÉT (p. ex., «Je ne pense plus être apte à travailler»). De plus, le questionnaire *Posttraumatic cognitions Inventory* (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999) qui évalue les cognitions post-traumatiques s'avère intéressant. Ce dernier regroupe 36 items ciblant les cognitions négatives relatives à soi (p. ex., «Je suis faible»), le monde (p. ex., «le monde extérieur est dangereux») et le blâme de soi (p. ex., «une autre personne ne se serait pas retrouvée dans cette situation»). Les études futures pourraient bénéficier de l'examen des liens entre les symptômes d'ÉSPT, l'adhérence à des caractéristiques féminines et masculines, la présence de ruminations et de cognitions post-traumatiques auprès des individus avec un ÉSPT (Sciancalepore & Motta, 2004).

Qui plus est, les études ultérieures pourraient profiter de l'examen plus approfondi de l'association entre les cognitions et les ruminations post-traumatiques et la sollicitation d'aide auprès des proches. À cet effet, une étude explique qu'à la suite d'un événement marquant, les individus ayant tendance à ruminer recherchent davantage de soutien auprès de leurs proches (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Ces derniers bénéficieraient de plus de soutien, mais ils percevraient également en recevoir moins que ceux qui ne ruminent pas. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que les individus qui ruminent ressentiraient un plus grand besoin de parler de ce qu'ils ont vécu ainsi que d'exprimer leurs émotions. Le fait d'en parler les aiderait à donner un sens à leur expérience. Par

contre, chez les individus qui ruminent, le désir de parler de leur expérience peut persister au-delà de la capacité d'écoute des proches ou de la période de rétablissement estimée par l'entourage. Or, les proches peuvent ne plus savoir quoi dire, se sentir irrités, ennuyés et conséquemment éviter les discussions. Des frictions interpersonnelles s'avèrent alors probantes entre les individus avec un ÉSPT et leurs proches lorsqu'ils sollicitent de l'aide. Il semble ainsi pertinent pour les études futures d'examiner la relation entre les ruminations, le genre, la recherche d'aide et les comportements de soutien.

4.6.6. Étudier la sollicitation du soutien et la mobilisation des proches

Le soutien social représente un facteur de protection qui peut permettre de favoriser le rétablissement de l'ÉSPT (Ozer, et al., 2008). Or, les études futures pourraient s'intéresser aux facteurs qui facilitent la sollicitation du soutien des individus avec un ÉSPT ainsi que la mobilisation du réseau social. Une étude a montré que certains types d'ÉT favorisaient des réactions plus positives, empathiques et moins empreintes de jugement de la part des proches (Punamäki, Komproe, Qouta, El-Masri, & de Jong, 2005). À cet effet, les victimes de maltraitance à l'enfance rapportaient moins de soutien comparativement aux militaires ayant vécu de la violence. Il semble que les ÉT qui mobilisent généralement le réseau social et favorisent la cohésion sociale sont plus clairement identifiés comme étant stressants et partagés collectivement (p. ex., une guerre et une catastrophe naturelle). Certains ÉT peuvent même contenir des attributs héroïques tels que la participation à des guerres socialement approuvées. Cependant, les ÉT plus privés, invisibles, ambigus semblent détériorer le réseau social, car ils généreraient un stigma social ainsi que de la peur et de l'impuissance (p. ex., la maltraitance à l'enfance et les agressions sexuelles). Les victimes de maltraitance pourraient notamment avoir de la difficulté à solliciter du soutien, car cela implique de faire confiance à autrui et de se dévoiler. De plus, les ÉT de nature interpersonnelle s'avèrent liés à des symptômes d'ÉSPT plus sévères, et, ceux survenus tôt dans l'enfance, perturberaient profondément le développement de liens sociaux et la perception de sécurité quant à l'environnement social (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Une autre étude souligne l'importance des appréhensions et l'impact des émotions de honte et de culpabilité dans la décision des victimes d'ÉT de solliciter de l'aide (Brewin, MacCarthy, & Furnham, 1989). Il semble que plus les individus entretiendraient des attributions dites globales (c.-à-d., se sentir coupable ou se blâmer pour l'ÉT), plus ils auraient tendance à se retirer socialement. Ils se priveraient ainsi du soutien de leur entourage. De surcroît, la force de la relation négative entre la sévérité des symptômes d'ÉSPT et la qualité du soutien des proches serait aussi influencée par une perception négative du soutien (p. ex., le soutien est perçu comme étant inutile) (Clapp & Beck, 2009). Ainsi, il semble que l'érosion du réseau social à la suite d'un ÉT impliquerait, entre autres, des attitudes négatives des victimes d'ÉT quant à la perception de la disponibilité et de l'utilité du soutien offert par les proches.

De plus, une étude longitudinale a révélé que l'intensité des symptômes d'ÉSPT chez les militaires permettait de prédire la qualité du soutien social sept ans plus tard (King, et al., 2006). Par contre, la qualité du soutien social n'a pas permis de prédire la sévérité des symptômes d'ÉSPT. Ce résultat suggère ainsi une certaine érosion du réseau social et du soutien disponible avec le passage du temps. Or, l'intensité de certains symptômes (p. ex., l'irritabilité, le détachement relationnel et l'émoussement des affects) semble avoir un effet dévastateur sur la cohésion sociale du réseau, ce qui contribuerait à la détresse conjugale et familiale et limiterait le soutien disponible (Galovski & Lyons, 2004; King, et al., 2006). Ces résultats concordent avec les études qui démontrent qu'à la suite d'une catastrophe naturelle, la perception que le réseau social est disponible à se mobiliser afin d'offrir du soutien diminue dans le temps (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996). Globalement, il semble révélateur pour les études futures de poursuivre l'examen des liens causaux entre la qualité du soutien social et l'intensité des symptômes des individus avec un ÉSPT.

4.6.7. Intégrer le proche significatif lors des séances de psychothérapie

Le fait de favoriser l'adoption de comportements de soutien adéquats chez les proches significatifs et la communication dyadique apparaît pertinent. Pour y parvenir, les études

futures pourraient développer et valider empiriquement un modèle de psychothérapie pour les individus avec un ÉSPT en intégrant le proche significatif à certaines séances spécifiques. Certaines études précédentes ont proposé des lignes directrices afin d'intégrer un conjoint à la thérapie dans l'objectif d'en accroître l'effet bénéfique (Byrne & Riggs, 2002).

À cet effet, les résultats d'une récente étude québécoise ont testé l'efficacité d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) auprès de trois femmes avec un ÉSPT ayant été victime d'une agression sexuelle en évaluant l'impact de l'ajout du conjoint (Billette, Guay, & Marchand, 2008). La thérapie offerte incluait approximativement 25 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes dirigées par une psychologue d'expérience. Quant à l'implication du conjoint, ce dernier était invité à quatre séances de 60 minutes. La première séance visait la psychoéducation quant à la définition et la nature de l'ÉT ainsi que les comportements de soutien aidants (p. ex., encourager l'individu à poursuivre la thérapie) et ceux à éviter (p. ex., critiquer l'ajustement de l'individu) au début du traitement. Ensuite, les réactions par rapport à l'abus, les mythes véhiculés et l'impact sur le couple étaient adressées. Lors de ces deux séances, le proche était rencontré seul afin de lui permettre de ventiler et de parler de ses difficultés. La troisième séance, située à la moitié du traitement, permettait de rencontrer le couple afin de favoriser l'expression des émotions en lien avec les conséquences de l'ÉSPT. La séance se terminait par l'explication des étapes de la thérapie tout en renforçant les bons comportements émis par le conjoint (p. ex., offrir une écoute dépourvue de jugement). La dernière séance avec le couple ciblait les stratégies de prévention de la rechute, soit de clarifier la définition d'une rechute, identifier les facteurs de risque et établir un plan d'action. Les résultats ont montré qu'aucune participante ne présentait un diagnostic ÉSPT à la fin de la thérapie ni trois mois plus tard. D'ailleurs, ces femmes rapportaient une amélioration de leur fonctionnement général ainsi qu'une satisfaction du soutien conjugal. Sur le plan qualitatif, elles rapportaient avoir apprécié l'implication de leur conjoint à la thérapie et la considéraient comme étant importante à leur rétablissement.

Ce modèle d'intervention semble approprié, mais il serait pertinent pour les études futures de le tester avec d'autres types d'ÉT, et ce, en incluant le proche significatif

pouvant être un conjoint, un ami ou un membre de la famille. À la lumière des résultats de la présente recherche, il serait intéressant de bonifier ce modèle d'intervention. Dès la première rencontre individuelle avec le proche, il serait pertinent d'évaluer la présence de problèmes personnels et de dépister les symptômes dépressifs et anxieux à l'aide de questionnaires. De plus, lors de la rencontre conjointe, il serait approprié de favoriser l'ajustement des couples (p. ex., améliorer les habiletés de communication et de résolutions de problèmes). Il serait pertinent d'inviter les conjoints à prendre du temps pour eux afin qu'ils puissent éventuellement parvenir à conserver une meilleure distance émotionnelle. Finalement, il serait intéressant de discuter individuellement avec les hommes aidants, de leurs croyances et de l'impact d'adhérer à des rôles masculins traditionnels, principalement pour normaliser les symptômes pouvant être présents et encourager la recherche d'aide.

En dernier lieu, il paraît pertinent de mentionner que sur le plan clinique, ce ne sont pas tous les proches qui seraient intégrés automatiquement à la thérapie de l'individu avec un ÉSPT. Il faut d'abord s'assurer que l'individu soit consentant à ce que son proche soit intégré et s'assurer que le proche a des attentes réalistes en plus d'accepter de s'impliquer. Plusieurs raisons pourraient justifier de ne pas intégrer le proche, par exemple si l'individu ne se sent pas confortable à dévoiler ses difficultés à son proche, si le proche vit une détresse suggérant plutôt une thérapie individuelle, si le proche refuse de participer, en situation de difficultés conjugales importantes qui nécessiteraient une thérapie de couple ou en présence de violence conjugale où le dévoilement de conflits pourrait mener à plus d'actes violents.

4.7. Transfert des connaissances

En ce qui concerne le transfert des connaissances auprès de la communauté scientifique, deux articles empiriques ont été produits et soumis aux revues *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy* et *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* afin d'être accessibles à des chercheurs dans le domaine de l'ÉSPT. Une autre manière de diffuser les résultats concerne la participation à des congrès scientifiques au Québec, au

Canada ainsi qu'à l'international (p. ex., l'*International Society for Traumatic Stress Studies*). D'ailleurs, en 2011, l'obtention d'une bourse de l'ISFH a permis la participation à une formation intensive sur la recherche quant au sexe et au genre à Vancouver et d'y présenter des résultats préliminaires. De plus, la participation aux réunions de recherche du Centre d'étude sur le trauma (CET) ainsi qu'à des séminaires a permis de présenter les résultats deux articles de la thèse.

Quant à la dissémination des résultats vers la pratique clinique, la collaboration à la rédaction d'un chapitre de livre consacré aux interventions pour les individus avec un ÉSPT et au vécu des proches a été visée, et est actuellement en rédaction. De plus, lors de l'internat à l'Institut Douglas, le manuel de la thérapie de groupe ciblant l'ÉSPT a été actualisé. De plus, une formation a été donnée aux professionnels sur l'intervention quant aux troubles d'anxiété. Lors de l'internat au Programme d'aide aux policiers et policières, de brèves formations sur l'ÉSPT ont été offertes en plus d'une formation aux policiers sur le *debriefing* psychologique à la suite d'un événement majeur. Le travail d'évaluatrice clinique au CET a également enrichi les connaissances cliniques en lien avec l'ÉSPT.

Dans un objectif de vulgarisation scientifique au grand public, un site internet ainsi qu'un magazine nommé le *Traumag* traitant de thèmes entourant l'ÉSPT ont été créés. Grâce à l'implication au comité de rédaction, plusieurs articles liés à la thèse ont été rédigés.

4.8. Conclusion générale

En conclusion, cette thèse contribue aux connaissances actuelles en examinant à la fois la perspective des individus avec un ÉSPT ainsi que celle des proches significatifs, et ce, à l'aide d'une mesure d'observation novatrice du soutien social. Globalement, les résultats montrent que l'intensité des symptômes d'ÉSPT et dépressifs concomitants est associée à une sollicitation d'aide et à des comportements de soutien moins adéquats, et ce, spécifiquement chez les femmes avec un ÉSPT. La présence de ruminations et de cognitions négatives pourrait nuire à leurs habiletés de communication et de soutien. De

plus, cette forme de vulnérabilité et de passivité serait plus socialement acceptée chez les femmes. Les résultats soulignent également que la sévérité des difficultés des individus avec un ÉSPT n'est pas directement associée à l'intensité des symptômes des proches significatifs. Par contre, l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux des proches s'avère liée à certains comportements de soutien moins adéquats, et ce, spécifiquement chez les hommes et les conjoints en tant qu'aidants. Les conjoints aidants avec des symptômes anxieux et dépressifs pourraient avoir de la difficulté à conserver une distance émotionnelle optimale qui permettrait d'offrir un soutien adapté. Quant aux hommes aidants, le fait de vivre eux-mêmes des symptômes pourrait interférer avec leur rôle d'aidant et contrevenir aux caractéristiques masculines, et ainsi nuire à la qualité de leur soutien. Or, cette thèse révèle l'importance de considérer les variables liées au statut et au genre afin de mieux comprendre les différences observées entre les conjoints et les amis/famille ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Qui plus est, sur le plan clinique, il apparaît important d'évaluer les symptômes d'ÉSPT et dépressifs chez les individus avec un ÉSPT et de favoriser une sollicitation adéquate du soutien, et ce, précisément chez les femmes avec un ÉSPT. Pour les proches significatifs, il apparaît approprié d'évaluer les symptômes dépressifs et anxieux et de favoriser l'adoption de comportements de soutien adéquats, et ce, davantage chez les conjoints et les hommes. Sommairement, cette thèse souligne l'importance d'examiner la perspective des individus avec un ÉSPT et des proches significatifs en s'intéressant aux liens entre l'intensité de leurs symptômes et la qualité de leurs comportements de soutien en fonction du genre et du statut relationnel.

APPENDICE A

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉSPT, DSM-IV TR ET AU DSM-5

• Critères diagnostiques du F43. J 1309.81, DSM-IV**État de stress post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, été 'témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- (3) impression ou agissements soudains comme si l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(suite)

o Critères diagnostiques du F43, J 1309.81, DSM-IV

État de stress post-traumatique (*suite*)

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes:

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) sentiment d'avenir «bouché» (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) 'comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité et accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hypervigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. la perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines

Spécifier si : **Aigu** : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique: si la durée des symptômes est de [trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

• **Critères diagnostiques du 309.81 (F43.10), DSM-5**
État de stress post-traumatique

Note : Ces critères s'appliquent aux adultes, adolescents, et enfants de plus de 6 ans.

A. Exposition ou menace de mort, blessures graves, ou violence sexuelle d'une ou plusieurs des manières suivantes :

- (1) Expérience directe d'un événement traumatique
- (2) Témoin, en personne, d'un événement survenu à quelqu'un d'autre
- (3) Apprendre que l'événement est survenu à un membre de la famille ou un ami proche. L'événement doit avoir été violent ou accidentel.
- (4) Expérience répétée ou exposition extrême à des détails aversifs d'un événement traumatique (p. ex., un premier répondant qui récupère des restes humains ou un agent de police qui est constamment exposé à des détails d'abus d'enfants)

Note : le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition via les médias électroniques, la télévision, les films ou les photos, sauf si l'exposition est reliée au travail

B. Présence de symptômes d'intrusion associés à l'événement traumatique, ayant commencé à la suite de l'événement, comme en témoigne la présence d'au moins une des manifestations suivantes :

- (1) Souvenirs récurrents, involontaires, et intrusifs de l'événement générant de la détresse
- (2) Rêves récurrents générant de la détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont reliés à l'événement
- (3) Réactions dissociatives (p. ex., *flashbacks*) où l'individu sent ou agit comme si l'événement se reproduisait (ces réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte complète de conscience quant à l'environnement présent)
- (4) Détresse psychologique intense et prolongée lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement
- (5) Réactions physiologiques marquées à des stimuli internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement

(suite)

o Critères diagnostiques du 309.81 (F43.10), DSM-5

État de stress post-traumatique (*suite*)

- C.** Évitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatique, ayant commencé à la suite de l'évènement, comme en témoigne la présence d'au moins une des manifestations suivantes :
- (1) Évitement ou effort pour éviter les souvenirs, les pensées, ou les sentiments générant de la détresse reliés de près à l'évènement
 - (2) Évitement ou effort pour éviter les rappels externes (p.ex., personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui génèrent des souvenirs, des pensées, ou des sentiments de détresse reliés de près à l'évènement.
- D.** Altération négative des cognitions et de l'humeur associée à l'évènement traumatique, ayant commencé à la suite de l'évènement, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) Incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'évènement (liée à une amnésie dissociative, et non d'autres facteurs comme une blessure à la tête, l'alcool, ou la drogue)
 - (2) Croyances négatives persistantes et exagérées quant à soi, les autres et le monde (p.ex., « Je suis mauvaise », « Je ne peux pas faire confiance à personne », « Le monde est dangereux »)
 - (3) Cognitions dysfonctionnelles persistantes quant aux causes et conséquences de l'évènement qui ont mené l'individu à se blâmer lui-même ou les autres
 - (4) État émotionnel négatif persistant (p.ex., peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte)
 - (5) Diminution marquée de l'intérêt et de la participation à des activités significatives
 - (6) Sentiment de détachement et d'être étranger quant aux autres
 - (7) Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p.ex., incapacité à ressentir de la joie, de la satisfaction et des sentiments amoureux)
- E.** Altération marquée de la réactivité associée à l'évènement traumatique, ayant commencé à la suite de l'évènement, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) Irritabilité et crises de colère (peu ou aucune provocation) souvent exprimées par une agression verbale ou physique envers des personnes ou objets
 - (2) Comportements téméraires ou auto destructeurs
 - (3) Hypervigilance
 - (4) Réaction de sursaut exagérée
 - (5) Difficultés de concentration
 - (6) Difficultés de sommeil (p. ex., s'endormir, rester endormi ou sommeil agité)

(*suite*)

o Critères diagnostiques du 309.81 (F43.10), DSM-5

État de stress post-traumatique (*suite*)

F. Durée de la perturbation (critères B, C, D et E) de plus d'un mois.

G. Les perturbations entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines

H. Les perturbations ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., médication, alcool) ou une condition médicale

Spécifier si :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de l'individu rencontrent les critères pour l'ÉSPT, et de plus, en réponse au stressor, l'individu présente des symptômes persistants et récurrents de l'une des manières suivantes :

1. **Dépersonnalisation :** expérience récurrente et persistante d'un détachement comme si l'individu était un observateur extérieur de ses processus mentaux et de son corps (p. ex., avoir l'impression d'être dans un rêve, l'impression du temps au ralenti)
2. **Déréalisation :** expérience récurrente et persistante de l'environnement comme étant irréel (p.ex., le monde est irréel, dans un rêve et distant)

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne peuvent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., intoxication à l'alcool) ou une condition médicale (p.ex., crise d'épilepsie)

Spécifier si :

L'expression est retardée : si le diagnostic complet n'est rencontré qu'au moins 6 mois après l'évènement traumatique (toutefois, le début et l'expression de certains symptômes peuvent être immédiats)

APPENDICE B

ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS
DES REVUES SCIENTIFIQUES

De : <ah916@nova.edu>

Date : Fri, 12 Apr 2013 14:41:39 -0400 (EDT)

À : Stephane Guay <stephane.guay@umontreal.ca>

Cc : <info@drthema.com>

Objet : Manuscript 2012-0136-R Decision

Dear Dr. Guay:

Thank you for submitting your revised manuscript titled "Overt Social Support Behaviors : Associations with PTSD Concurrent Depressive Symptoms and Gender" to "Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy."

One of the prior reviewers and I were appreciative of your revisions to this piece and recommend publication without any further revisions. I am pleased to inform you that your manuscript is now accepted for publication.

We hope you continue considering submission to "Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy" as an outlet for submission of your future work.

Sincerely,

Dr. Thema Bryant-Davis
Action Editor

29-Oct-2014

Dear Author,

Your manuscript entitled "Symptoms among Significant Others of Individuals with PTSD: Associations with Overt Social Support Behaviors, Gender and Relationship Status", which you submitted to the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, has been reviewed. The reviewer comments are included at the bottom of this letter.

The reviews are in general favourable and suggest that, subject to minor revisions, your paper is suitable for publication. Please consider these suggestions, and revise your manuscript accordingly.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr Bob Geffner

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Editorial Office

19-Nov-2014

Dear Miss Crevier:

Your revised manuscript entitled "Symptoms among Significant Others of Individuals with Posttraumatic Stress Disorder: Associations with Social Support Behaviors, Gender and Relationship Status" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.

Your manuscript ID is WAMT-2014-0041.R1.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.

Sincerely,
Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Editorial Office

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET ACCEPTATION ÉTHIQUE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude

Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint (ou proche)

NATURE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Vous avez été présélectionné(e) pour participer à une étude clinique où l'on compare l'efficacité de deux formes de thérapie psychologique pour le trouble de stress post-traumatique, l'une intégrant votre conjoint(e) (ou personne *proche significative*) et l'autre n'impliquant pas cette personne. Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation à cette recherche.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Première phase : L'évaluation pré-traitement

Au cours de cette phase, vous devrez remplir plusieurs questionnaires à la maison ou sur place. Vous assisterez également à une rencontre d'évaluation avec un(e) assistant(e) de recherche et possiblement avec un(e) psychiatre (au besoin). Par la suite, une rencontre sera prévue durant laquelle vous serez appelé(e) à discuter avec votre conjoint (ou personne proche significative) de différents sujets en étant enregistrés sur bande vidéo.

Deuxième phase : Le traitement

Dans cette deuxième phase, vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble de stress post-traumatique. De plus, votre conjoint(e) (ou personne proche significative) pourrait être appelé(e), ou non, à participer à trois rencontres de thérapie soit une au début, une vers la mi-traitement et une à la fin du traitement. Indépendamment du fait que votre conjoint(e) (ou personne proche significative) participe ou non, votre thérapie sera d'une durée de 16 à 20 semaines environ. Cette psychothérapie s'avère être le traitement de choix actuellement pour vos difficultés. Ainsi, que votre conjoint(e) (ou proche) soit appelé(e) à participer ou non, vous bénéficierez du meilleur traitement actuellement disponible. Le contenu des rencontres de thérapie sera enregistré sur bandes audio afin d'évaluer dans quelle mesure votre thérapeute a suivi le plan de traitement. Ces bandes seront détruites dès la fin de l'étude. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer certains exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Les personnes prenant une médication pouvant affecter la fréquence et l'intensité des symptômes vécus devront maintenir stable la prise de leur médication jusqu'à la fin de la thérapie. Les personnes ne prenant pas de médication pouvant affecter

la fréquence et l'intensité des symptômes vécus ne devront pas commencer à prendre quelque médicament pour le soulagement de l'anxiété.

Troisième phase : L'évaluation post-traitement

À la fin du traitement (immédiatement après), vous serez appelé(e) à rencontrer un assistant(e) de recherche pour une entrevue d'évaluation psychologique et pour répondre à certains questionnaires. De plus, vous devrez assister à une rencontre avec votre conjoint(e) (ou personne proche significative) où vous discuterez de différents sujets en étant enregistrés sur bande vidéo.

Quatrième phase : L'évaluation de relance 6 mois

À la fin du traitement (6 mois après), vous serez appelé(e), une seconde fois, à rencontrer un(e) assistant(e) de recherche pour une entrevue d'évaluation psychologique et pour répondre à certains questionnaires. De plus, vous devrez assister à une rencontre avec votre conjoint(e) (ou personne proche significative) où vous discuterez de différents sujets en étant enregistrés sur bande vidéo.

CONSIGNES À SUIVRE

Il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de thérapie qui pourraient interférer avec le traitement que nous vous offrons.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pourrez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Tout ce qui a trait à votre dossier médical et aux données issues de la recherche est confidentiel et tous les moyens seront employés afin de respecter la confidentialité. Par exemple, vos dossiers seront conservés dans des classeurs fermés à clé et vos données seront identifiées à l'aide d'un code.

INCONVÉNIENTS POTENTIELS

Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé physique ou psychologique. Cependant, quelques petits inconvénients peuvent résulter de votre participation à cette étude. Par exemple, en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres, il est possible que vous éprouviez un certain niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Par contre, ceci est rarement un problème et la majorité des participants affirment que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. À cela s'ajoute le fait que votre participation exige des disponibilités de temps pour vous et votre conjoint(e) (ou personne proche significative). Nous croyons fermement que vous pouvez bénéficier de la thérapie qui vous sera offerte et que les efforts en valent la peine.

CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble de stress post-traumatique et j'accepte volontairement d'y participer.

Signature du participant: _____ Date : _____

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter M^{me} Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services - Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7401, rue Hochelaga - Montréal (Québec) H1N 3M5 - tél : (514) 251-4000 poste 2920.

Chercheur responsable du projet : Stéphane Guay, Ph.D., tél. : 514-251-4015, poste 3084.

Signature de l'investigateur : _____ Date : _____

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - PROCHE

Titre de l'étude

Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint

NATURE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Votre conjoint(e) a été présélectionné(e) pour participer à une étude clinique où l'on compare l'efficacité de deux formes de thérapie psychologique pour le trouble de stress post-traumatique, l'une intégrant le conjoint(e) et l'autre n'impliquant pas le conjoint(e). Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation à cette recherche.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Première phase : L'évaluation pré-traitement

Au cours de cette phase, vous devrez remplir quelques questionnaires à la maison ou sur place. Vous assisterez à une rencontre d'évaluation avec une assistante de recherche durant laquelle vous serez appelé(e) à discuter avec votre conjoint(e) de différents sujets en étant enregistré sur bande vidéo.

Deuxième phase : Le traitement

Dans la seconde phase, votre conjoint(e) bénéficiera d'une psychothérapie de type cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble de stress post-traumatique. Vous pourriez être appelé(e), ou non, à participer à trois rencontres de thérapie soit une au début, une vers la mi-traitement et une à la fin du traitement. Indépendamment du fait que vous soyez appelé(e) à participer, ou non, la psychothérapie de votre conjoint(e) sera d'une durée de 16 à 20 semaines environ. Cette psychothérapie s'avère être le traitement de choix actuellement pour le trouble de stress post-traumatique. Ainsi, que vous soyez appelé(e) à participer ou non, votre conjoint(e) bénéficiera du meilleur traitement actuellement disponible. Si vous êtes appelé(e) à participer, le contenu des rencontres de thérapie sera enregistré sur bandes audio afin d'évaluer dans quelle mesure le thérapeute a suivi le plan de traitement. Ces bandes seront détruites dès la fin de l'étude.

Troisième phase : L'évaluation post-traitement

À la fin du traitement (immédiatement après), votre conjoint(e) sera appelé(e) à répondre à rencontrer une assistante de recherche pour une entrevue psychologique et pour répondre à certains questionnaires. De votre côté, vous devrez aussi répondre à certains questionnaires et assister à une rencontre avec votre conjoint(e) où vous discuterez de différents sujets en étant enregistrés sur bande vidéo.

Quatrième phase : L'évaluation de relance 6 mois

À la fin du traitement (6 mois après), votre conjoint(e) appelé(e), une seconde fois, à rencontrer un(e) assistant(e) de recherche pour une entrevue d'évaluation psychologique et pour répondre à certains questionnaires. De votre côté, vous devrez aussi répondre à certains questionnaires et assister à une rencontre avec votre conjoint(e) où vous discuterez de différents sujets en étant enregistrés sur bande vidéo.

CONSIGNES À SUIVRE

Si vous êtes appelé(e) à participer à la psychothérapie, il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de thérapie qui pourraient interférer avec le traitement que nous offrons à votre conjoint.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pourrez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Tout ce qui a trait aux données issues de la recherche est confidentiel et tous les moyens seront employés afin de respecter la confidentialité. Par exemple, vos dossiers seront conservés dans des classeurs fermés à clé et vos données seront identifiées à l'aide d'un code.

INCONVÉNIENTS POTENTIELS

Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé physique ou psychologique. Cependant, quelques petits inconvénients peuvent résulter de votre participation à cette étude. Par exemple, en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres, il est possible que vous éprouviez un certain niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Par contre, ceci est rarement un problème et la majorité des participants affirment que l'expérience est positive. À cela s'ajoute le fait que votre participation exige des disponibilités de temps pour vous et votre conjoint(e). Nous croyons fermement que votre conjoint(e) peut bénéficier de la thérapie qui lui sera offerte et que les efforts en valent la peine.

CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble de stress post-traumatique et j'accepte volontairement d'y participer.

Signature du participant: _____ Date : _____

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter M^{me} Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services - Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7401, rue Hochelaga - Montréal (Québec) H1N 3M5 - tél : (514) 251-4000 poste 2920.

Chercheur responsable du projet : Stéphane Guay, Ph.D., tél. : 514-251-4015, poste 3084.

Signature de l'investigateur : _____ Date : _____

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND · SEGUIN

Hôpital Louis H. Lafontaine

Le 14 mai 2003

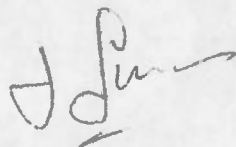
D^r Stéphane Guay, Ph. D. psychologie
Centre de recherche Fernand-Seguin

**OBJET : Protocole de recherche : « Étude comparative de l'efficacité d'une
thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-
traumatique avec ou sans la participation du conjoint. »**

Docteur Guay,

La présente est pour vous confirmer que le Comité d'éthique de la recherche a approuvé, lors de la réunion du 25 janvier 2001, votre protocole de recherche intitulé : « Intégration du conjoint dans la thérapie psychologique individuelle du trouble de stress post-traumatique ». Le titre fut modifié pour celui ci-dessus mentionné, mais le projet demeure intégralement le même et est donc approuvé par le Comité d'éthique de la recherche.

Veuillez agréer, Docteur Guay, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Frédéric Grunberg, M.D.
Président Comité d'éthique de la recherche
FG/dr.

c.c. D^r Pierre-Paul Rompré, Ph. D. psychologie - Directeur scientifique Centre de recherche Fernand-Seguin

APPENDICE D

TABLEAU RÉSUMÉ DES MESURES

Détails sur la procédure d'évaluation

Instruments de mesure		Type	Construit mesuré	Durée	Modalité	Participant	Proche
ÉSPT	<i>SCID-I</i>	E.S.	ÉSPT et troubles Concomitants	120	†	X	
	<i>EMST</i>	Q.A.	Symptômes d'ÉSPT	10	†	X	
Soutien social	SCIS-ESPT	O	Soutien observé	25	†	X	X
Mesures additionnelles	<i>QAVC</i>	Q.A.	Ajustement conjugal	5	†	X	X
	<i>BDI-II</i>	Q.A.	Symptômes dépressifs	5	†	X	X
	<i>BAI</i>	Q.A.	Symptômes d'anxiété	5	†	X	X
	<i>QEFA</i>	Q.A.	Fonctionnement général	5	†	X	
Temps d'administration ^a						175	40

ES : Entrevue structurée; O : Observation directe; QA : Questionnaire auto-administré;

† : Effectué en personne;

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

No. Participant :

Âge : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Langue maternelle : _____

Occupation principale : ☐ Travail _____

☐ Études _____

☐ Maison _____

☐ Chômage _____

☐ Bien-être social _____

☐ Autre _____

Dernière année de scolarité complétée : _____

(ex. sec. 5, Cégep...)

État Civil :

☐ Marié(e) _____

☐ Séparé(e) _____

☐ En union de fait _____

☐ Divorcé(e) _____

☐ Célibataire _____

☐ Remarié(e) _____

Quelle est la durée de votre relation actuelle avec votre proche?

Cohabitez-vous avec votre proche? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien de temps?

À combien estimez-vous votre revenu annuel avant les impôts?

☐ Moins de 4 999 \$ ☐ 30 000 – 39 999 \$

☐ 5 000 - 9 999 \$ ☐ 40 000 – 49 999 \$

☐ 10 000 – 19 999 \$ ☐ 50 000 – 59 999 \$

☐ 20 000 – 29 999 \$ ☐ 60 000 \$ et plus

APPENDICE F

ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE SCID POUR L'ÉSPT

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Il peut arriver qu'une personne vive des événements extrêmement bouleversants - par exemple :

- se trouver dans une situation où sa vie est en danger (cataclysme, accident grave ou incendie),
- être victime d'une agression physique ou d'un viol,
- être témoin de la mort ou de l'assassinat de quelqu'un
- voir quelqu'un se faire blesser grièvement
- apprendre que quelque chose d'horrible est arrivé à un être cher.

Avez-vous déjà vécu de tels événements à un moment ou à un autre au cours de votre vie ?

SI LE SUJET N'A PAS VÉCU D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE).

F.103

Liste des événements traumatisants vécus par le sujet

Description brève :	Date (Mois / Année)	Âge
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	

SI LE SUJET A MENTIONNÉ DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS :

Parfois, ces événements reviennent nous hanter sous forme de cauchemars, de phénomènes de récurrences (ou « flash-backs ») ou de pensées obsédantes dont on ne peut se débarrasser. Cela vous est-il déjà arrivé ?

SI NON : Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) en vous trouvant dans une situation qui vous rappelait les événements pénibles que vous aviez vécus ?

SI LE SUJET A RÉPONDU NON AU DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F.104

2 = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE
SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES
ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS EN
RÉPONSE À LA QUESTION CI-DESSUS.

A. Le sujet a été exposé à un ou à plusieurs
événements traumatisants répondant aux
critères suivants :

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN
TRAUMATISME : Lequel de ces
événements vous a le plus affecté(e) ?

(1) Événement traumatisant que le sujet a
vécu ou dont il a été témoin et au cours
duquel il y a eu mort ou menace de mort
ou de blessures sérieuses ou au cours
duquel la santé du sujet ou celle d'autres
personnes a été menacée.

? 1 2 3

F105

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous
éprouvé quand (PRÉCISER LA NATURE
DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ?
(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-
vous ressenti de l'horreur ou de
l'impuissance ?

(2) Événement au cours duquel le sujet a
éprouvé une grande peur ou un vif
sentiment d'horreur ou d'impuissance.

? 1 2 3

F106

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Maintenant, j'aimerais vous poser
quelques questions concernant les effets
précis que ce ou ces événements ont pu
avoir sur vous.

B. L'événement traumatisant est
constamment revécu comme en témoigne la
présence d'une ou de plusieurs des
manifestations suivantes :

Par exemple...

... Avez-vous pensé malgré vous à
(PRÉCISER LA NATURE DE
L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ou
le souvenir de cet événement vous
est-il revenu à l'esprit tout à coup,
sans que vous l'ayez souhaité ?

(1) souvenirs répétés et envahissants de
l'événement, y compris des visions, des
pensées ou des sensations, provoquant un
sentiment de détresse chez le sujet;

? 1 2 3

F107

Y avez-vous rêvé ?

(2) rêves répétés concernant
l'événement, provoquant un sentiment de
détresse;

? 1 2 3

F108

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infinitésimal

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il arrivé d'agrir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

7 1 2 3 F109

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

7 1 2 3 F110

Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.

7 1 2 3 F111

Si aucune des manifestations énumérées en "B" est cotée "3".

1 3 F112

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

[depuis le dernier mois]
Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE
L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitement persistant des stimuli associés
au traumatisme ou émoussement de la
réactivité générale (ne préexistant pas au
traumatisme), comme en témoigne la
présence d'au moins trois des manifestations
suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour
éviter de penser ou de parler de ce qui
s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les
sentiments ou les conversations associés
au traumatisme;

? 1 2 3 F113

...avez-vous tout fait pour éviter les
choses ou les gens qui vous
rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux
ou les personnes qui éveillent des
souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3 F114

...avez-vous été incapable de vous
rappeler certains détails importants de
ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect
important du traumatisme;

? 1 2 3 F115

...avez-vous ressenti beaucoup moins
d'intérêt pour des activités qui vous
tenaient à cœur auparavant, comme
rencontrer des amis, lire, regarder la
télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des
activités ayant une valeur significative ou
de la participation à de telles activités;

? 1 2 3 F116

...vous êtes-vous senti(e) détaché(e)
ou dépourvu(e) de liens avec les
autres ?

(5) sentiment de détachement ou
d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3 F117

...vous êtes-vous senti(e) comme
engourdi(e), comme si vous
n'éprouviez plus grand-chose pour qui
que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité
à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3 F118

...avez-vous l'impression que vous ne
voyez plus l'avenir de la même façon,
que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché »,
p.ex., pense ne pas pouvoir faire de
carrière, se marier, avoir des enfants ou
vivre longtemps.

? 1 2 3 F119

1
AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS
ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1 3 F120

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
inféminisé

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

7 1 2 3 F121

...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

7 1 2 3 F122

...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

7 1 2 3 F123

...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

7 1 2 3 F124

...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

7 1 2 3 F125

PAU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".

1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
intra-diminué

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé ce genre de difficultés (NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET) ?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois.

? 1 2 3

F127

POUR DIAGNOSTIQUER UN ÉTAT DE STRESS AIGU, PASSER À LA PAGE J.1 (MODULE FACULTATIF)

SINON, PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

F128

• relations amoureuses

• amis

• travail

• études

• loisirs, sorties

• la quotidienneté (épicerie, ménage, etc.)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS "3".

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminale

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours du dernier
mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes
répondant aux critères de l'état de
stress post-traumatique au cours du
dernier mois.

? 1 3 F130

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

F131

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:

F132

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les
derniers symptômes d'état de stress
post-traumatique: _____

F133

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez
commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress
post-traumatique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

F134

CONTINUER
À LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

APPENDICE G

MANUEL DE CODIFICATION D'INTERACTIONS DE SOUTIEN ET GRILLE DE CODIFICATION

SYSTÈME DE CODIFICATION
D'INTERACTIONS DE SOUTIEN OÙ UN PARTENAIRE A UN TSPT
SCIS (TSPT)

Manuel de codification

Josée Lehoux
Stéphane Guay
Élyse Chartrand
Danielle Julien

Centre d'Étude sur le Trauma
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Tous droits réservés
Février 2006

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION.....</i>	3
<i>DESCRIPTION DES DIMENSIONS.....</i>	5
(01) DESCRIPTION DU PROBLÈME.....	5
(02) EXPRESSION D'ÉMOTION.....	7
(03) ATTENTION / ÉCOUTE.....	10
(04) ACCORD / VALIDATION / SOUTIEN ÉMOTIONNEL.....	12
(05) PROPOSITION DE CHANGEMENT POSITIVE.....	14
(06) PROPOSITION DE CHANGEMENT NÉGATIVE.....	18
(07) AFFECT DYSPHORIQUE	21
(08) CONTRE-VALIDATION.....	23
(09) RETRAIT / PASSIVITÉ.....	25
(10) IMPLICATION COMPORTEMENTALE.....	28
(11) SYNCHRONIE INTERACTIONNELLE.....	29

INTRODUCTION

Ce manuel décrit un système de codification globale pour l'étude observationnelle d'interactions de soutien. La caractéristique principale du système réside dans ses dimensions thématiques et ses larges unités d'observation. Les dimensions de ce système visent à être mutuellement exclusives au niveau du contenu verbal; cependant, certains des indices de comportements non verbaux sont utilisés dans plusieurs dimensions, par exemple, le ton de voix et les expressions faciales.

L'interaction entière est segmentée en trois parties égales qui constituent les unités de codification. La codification porte sur chacun des tiers de l'interaction ainsi que sur l'interaction au complet.

Les dimensions sont présentées dans la prochaine section. Les dix premières, appelées dimensions individuelles, permettent d'évaluer les comportements verbaux et non verbaux du demandeur en relation avec les comportements de l'aidant, et inversement. Le demandeur est la personne qui expose initialement son problème, l'aidant est son interlocuteur. Les dimensions sont les suivantes: 1) Description du problème; 2) Expression d'émotion; 3) Attention / écoute; 4) Accord / validation / soutien émotionnel; 5) Proposition de changement positive; 6) Proposition de changement négative; 7) Affect dysphorique; 8) Contre-validation; 9) Retrait et 10) Implication comportementale. Les deux dernières dimensions, de nature dyadique, sont la Synchronie interactionnelle, qui permet d'évaluer la dyade en tant qu'unité; et le Changement de sujet, qui évalue jusqu'à quel point la dyade aborde des questions hors sujet au cours de la discussion.

Procédure d'observation :

La codification se déroule comme suit :

- (1) La codificatrice identifie le couple et le rôle de chaque partenaire (demandeur victime ou conjoint; aidant victime ou conjoint). Elle prévoit quatre fiches de codification qu'elle identifie par leur numéro de segment (1 à 4).
- (2) L'observatrice visionne l'interaction complète une première fois afin de saisir le climat d'ensemble. Elle note la durée exacte de l'interaction sur la fiche du segment 4 et sépare les trois segments en parties égales, dont elle note la durée sur leur fiche respective.
- (3) L'observatrice visionne le premier segment de l'interaction en évaluant les comportements de la victime pour chaque dimension individuelle et en évaluant les dimensions dyadiques. Elle arrête l'enregistrement aussi souvent que nécessaire afin de noter les indices pertinents et leur fréquence.

- (4) La même procédure est utilisée pour la codification du deuxième et du troisième segment de la discussion.
- (5) L'observatrice évalue et codifie les dimensions pour l'interaction complète.
- (6) L'observatrice reprend les étapes 2 à 5 mais cette fois-ci, elle évalue le conjoint sur les dimensions individuelles.

Critères d'évaluation des dimensions :

Pour un segment donné (le tiers de l'interaction), l'évaluation d'une dimension donnée dépend du nombre d'indices comportementaux définissant la dimension, de leur fréquence ainsi que de leur intensité et de leur durée lorsque ces paramètres s'appliquent. Ainsi, pour certaines des dimensions, un indice non verbal peut être d'une telle intensité ou qualité qu'il compense pour la faiblesse ou le manque d'un autre indice dans la même dimension.

Pour chacune des dimensions, une partie des points est assignée aux indices du contenu verbal et une autre partie est assignée aux indices non verbaux. La proportion des points assignés aux comportements verbaux et non verbaux varie d'une dimension à l'autre. Chaque dimension est évaluée à l'aide d'une échelle comprenant 9 points et divisée en trois degrés d'intensité : faible (1-2-3), moyen (4-5-6) et élevé (7-8-9). On demande à l'observateur de tenir compte, dans son jugement, du nombre maximal d'indices possibles qu'une personne peut émettre étant donné les limites imposées par le temps et parole et le temps d'écoute que cette personne occupe.

Pour l'interaction complète (segment 4), le score attribué à chaque dimension peut refléter la moyenne ou le mode pour l'ensemble des trois segments. Le jugement du codificateur est requis : par exemple, il pourrait codifier une dimension légèrement au-dessus de la moyenne des trois segments si un segment s'était révélé particulièrement significatif au point d'influencer l'impact global.

DESCRIPTION DES DIMENSIONS

(01) DESCRIPTION DU PROBLÈME

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension fait référence à tout énoncé fournissant des détails descriptifs du problème. Pour obtenir un score verbal élevé, il faut non seulement que la personne exprime plusieurs énoncés, mais qu'il y ait un effort d'élaborer, de clarifier et d'aborder différents aspects du problème. Voici quelques indices:

a) Définition claire du problème

- Le problème est exposé avec des détails qui permettent de situer le contexte et de bien cerner le problème.
- Plusieurs dimensions du problème et de ses conséquences sont prises en considération (Ex : santé physique, état mental, fonctionnement social, professionnel, gestion des tâches liées à la maison, vie familiale.
- L'aidant pose des questions qui permettent à l'autre de décrire, d'élaborer davantage.

b) Synthèse du problème

c) Description du problème ou de solutions passées

Tout énoncé qui concerne des idées traitant de la description de problèmes ou de solutions expérimentées jusqu'à maintenant.

****Note :** si la personne analyse les *pour* et les *contre* des solutions envisagées ou utilisées, inscrire dans proposition de changement positive.

d) L'aidant réfère à sa propre expérience

Ex : « C'est comme quand, moi, j'ai eu un problème avec mon patron ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué aux moments où la personne a la parole. On évalue ici le niveau d'énergie déployée pour décrire le problème. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance) :

1. Voix (un ou plusieurs indices parmi les suivants):
 - animée, expressive, fluide, rythmée ou dysphorique, mais congruente avec le contenu apporté :
 - pleurs, voix chargée de tristesse, tendue
 - variations dans le rythme
 - variations dans les patrons d'intonation
 - forte amplitude
 - imitation de la voix d'une autre personne
2. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière.
3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.
4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés.
 Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - mouvements de sourcils
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
 - mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
 - mouvement de la tête
5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.
6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse).

Note : Étant donné que le contact physique arrive rarement, son absence n'influence pas l'évaluation de la dimension, il ne fait que l'élever quand il est présent.

(02) EXPRESSION D'ÉMOTION

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 5 points)

1 - EXPRESSION D'ÉMOTIONS PAR RAPPORT AU PROBLÈME.

Tout énoncé qui révèle une expérience affective concernant son propre problème ou qui révèle un aspect plus personnel de l'expérience à l'autre. Exemples : « J'ai peur quand tu dis que tu serais mieux six pieds sous terre » ; « Je suis trop en colère pour t'écouter maintenant » ; « Je suis encouragé... confiant... heureux, content, soulagé » ; « Je me sens bien quand nous recevons des amis » ; « Ça me rassure lorsque... » ; « Ça m'inquiète lorsque je me retrouve seule avec les enfants », « Je deviens agressif ».

a) Utilisation d'images pour décrire le problème

La personne utilise des images ou une gestuelle : « Je me sens... (geste des mains, mime de manquer d'air) » ; « C'est comme un gros poids que tu traînes avec toi » ; « Ça me tourne le fer dans la plaie » ; « Ça fait mal en dedans » ; « J'en ai mal à l'estomac d'en parler ».

b) Expression de difficulté, de malaise

La personne emploie des expressions qui expriment de la difficulté comme "dur", "difficile", « source de stress » ou encore elle qualifie le niveau de difficulté du problème ou d'une solution.

c) Expression indirecte ou au passé d'une émotion

« La peur... » ; « Le stress » ; « Chu pas capable d'y retourner » ; « Tu sais, tu n'es pas bien quand tu as tout le temps peur qu'il arrive quelque chose ».
Au passé : « J'étais déprimée » ; « J'étais fier de lui ».

d) Expression d'un besoin non satisfait en raison d'une cause jugée externe

L'énoncé exprime un sentiment, mais l'attribution causale est externe, comme si quelqu'un ou quelque chose était responsable de l'état dans lequel la personne se trouve. Ex : « Je me sens abandonnée » (plutôt que « je me sens seul ») ; « ...agressé » ; « ridiculisé »...

****Note :** Dès que l'émotion exprimée comporte une impression de blâme, d'impuissance ou de lourdeur, elle est codifiée sous la dimension affect dysphorique.

Notes :

- 1) L'absence d'émotion n'est pas codifiée : « Je ne suis pas inquiète » ; « Je ne déteste pas cela » (description du problème).
- 2) Autres exclusions : « J'aimerais que... » ; « Je souhaite... » ; « Je doute... ».
- 3) Si l'émotion est une expression de sympathie ou d'émotion positive envers son interlocuteur, cette expression d'émotion est incluse dans la dimension accord/validation (empathie verbale, expression de souci ou expression d'affection selon le cas).

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 4 points)

Cet aspect de l'affect est évalué lors de l'expression de l'émotion seulement. On évalue ici le niveau d'énergie déployée à décrire les sentiments et difficultés éprouvés face au problème.

Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix expressive et congruente aux énoncés verbaux d'émotions, avec tons variés:
 - dysphorique : pleurs, voix déprimée, crainte, peur
 - agressif : colère, tension, frustration
 - enjouée, fluide, animée, etc.
2. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
 - l'émotion est mimée en plus d'être nommée verbalement (geste d'étouffement, de resserrement au niveau de l'abdomen).
3. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés.
Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - mouvements de sourcils.
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage)
 - mouvements des yeux
4. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière
5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre
6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)

(03) ATTENTION / ÉCOUTE

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 2 points)

La personne manifeste qu'elle suit, enregistre, comprend les propos de l'autre. Ce sont généralement des expressions très courtes (pas plus qu'un mot) comme: mm-hm, d'accord, ouais, OK, oui, non ou des exclamations ou quelques mots en écho prononcés avec un ton surpris ou étonné.

Ex: "Seigneur!"

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 7 points)

Il s'agit ici d'évaluer ce qui se passe pendant que l'autre parle.

Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Attention visuelle soutenue ou en alternance régulière
2. Expressions faciales réactives en congruence aux propos de l'autre
Exemple: froncement des sourcils, sourire, bouche ouverte en surprise
3. Hochements de tête
Il s'agit de la quantité de hochements de tête de la personne pendant que l'autre parle (indique que la personne accuse réception des propos de l'autre et/ou est d'accord avec l'autre).
Note. Même si les hochements sont peu nombreux, s'ils sont très intenses, on peut accorder un score élevé, c'est-à-dire que l'intensité compense pour la quantité.
4. Voix dynamique, animée, expressive quand la personne fait des accusés de réception.
5. Corps: -ouvert (sans bras croisés, ne tient pas d'objet dans les mains)
-incliné et/ou orienté vers l'autre.
6. La personne attend que l'autre ait fini de parler.

Note. L'attention visuelle est considérée comme un indice majeur dans la posture d'attention. S'il y a absence d'attention visuelle, on ne peut pas inscrire un score élevé malgré la qualité ou la quantité des autres indices.

(04) ACCORD / VALIDATION / SOUTIEN ÉMOTIONNEL

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Ce code inclut tout énoncé qui appuie et valide l'interlocuteur et/ou ses énoncés précédents. Les indices comportementaux sont répartis en 2 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Petit poids (maximum 2 points)

1 – ACCORD / VALIDATION

Il est formé soit de courts énoncés (mais plus qu'un mot) à travers lequel la personne prend position, comme: « oui certainement », « tu as raison », « je suis d'accord », « c'est ça, » soit par une phrase complète comme: "Oui, c'est bon", "je te crois", "bien sûr que tu peux le faire", d'une répétition en écho de l'énoncé précédant ou encore d'une validation des propos de l'autre en général.

Notes :

- a) L'expression « ben oui » est un accord s'il est dit avec beaucoup d'intensité, sinon, on l'inscrit dans la dimension attention.
- b) Les expressions « oui ... mais » sont inscrites dans la dimension contre-validation. Ex : « oui c'est vrai, mais ... ». Toutefois, ces contre-validations ont moins de poids qu'un réel désaccord.

2 – OFFRE D'AIDE

La personne offre son aide (ex : aide matérielle, son temps) à son interlocuteur.

Poids moyen à élevé (de 4 à 6 points)

3 – ATTRIBUTION POSITIVE

Il s'agit d'un énoncé dans lequel une personne attribue à l'autre une émotion, une pensée, une intention ou un trait de caractère, de nature positive. Il s'agit d'une forme de compliment ayant pour fonction de favoriser ou rehausser l'estime de soi ou l'ego de l'autre. L'attribution peut aussi porter sur un membre de la famille ou un ami proche.

4 – EMPATHIE / AFFECTION / RENFORCEMENT / ALLIANCE FACE AU PROBLÈME

- a) **Expression de souci pour l'autre** : réfère à toute émotion exprimée par rapport au bien-être de l'autre.

- b) **Empathie verbale** : réfère à toute expression de compréhension et de reconnaissance du problème de l'autre. « Je sais que ce n'est pas facile d'en parler » ; « Je comprends que tu trouves ça difficile » ; « Je suis venu parce que je sais que tu as besoin d'aide ».
- c) **Expression d'affection**: la personne utilise des noms d'affection ou des expressions d'affection (« Je t'aime »).
- d) **Renforcement** : la personne reconnaît les efforts ou le chemin parcouru, encourage à persévérer. « Tu en as déjà fait beaucoup pour me soutenir ».
- e) **Énoncé d'alliance** : la personne exprime qu'elle s'implique dans la démarche de résolution de problème. Ex : « On va s'en sortir ensemble », « On va se tenir », « Je suis avec toi » ; « Je vais m'occuper de toi ».
- f) **Reconnaissance de sa part** : La personne accepte la responsabilité pour la situation vécue : « J'ai eu tort de te parler ainsi » ; « Je sais que je ne devrais pas lever le ton ».
- g) **Intention de protéger ou de rassurer l'autre** : La personne défend l'autre contre un tiers ou cherche à la sécuriser. « Personne ne m'empêchera de te protéger » ; « Quand je sais que tu as peur, je te laisse venir te coller. »

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué aux moments où la personne émet un énoncé de validation. On évalue ici le niveau d'énergie déployée pour valider l'autre. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix. Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - animée, expressive, fluide, rythmée
 - variations dans le rythme
 - variations dans les patrons d'intonation
 - forte amplitude
 - imitation de la voix d'une autre personne
2. Attention visuelle soutenue ou en alternance régulière
3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés :
 - mouvements de sourcils
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
 - mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
 - mouvement de la tête
5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre
6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)

Notes : L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la communication, il ne fait que l'élever quand il est présent. Si le contact physique se maintient tout au long de la discussion, on peut donner 2 points à cet indice.

(05) PROPOSITION DE CHANGEMENT POSITIVE

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut plusieurs types d'énoncés ayant pour but d'arriver à une solution au problème présenté. La solution peut consister en un changement à un niveau cognitif et/ou elle peut être située à un niveau plus concret, tel que par exemple, l'ajout d'un nouveau comportement.

Les indices comportementaux sont répartis en 2 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Note : Dès que le message est formulé de façon telle que la personne adopte un style jugeant ou autoritaire (« Je sais mieux que toi ce que tu dois faire ») ou qu'elle présente un affect négatif (impatience, critique), il est codifié sous la dimension proposition négative.

Indice de poids faible (maximum 1 point)

1 - DISTRACTION

Humour ou proposition ayant pour but d'alléger le climat. Ex : Blague qui fait diminuer la tension vécue dans la situation présente.

N.B. :

- 1) L'effet sur le climat est jugé en fonction de la réaction verbale et/ou non-verbale du conjoint.
- 2) Si la distraction ou l'humour a pour effet de détourner le sujet de discussion, elle est codifiée comme un changement de focus (Ex : Une personne taquine l'autre alors qu'elle aborde un problème).
- 3) L'humour peut être porteur de messages contradictoires et être codifié comme un retrait (Ex : « Je veux t'accompagner... mais pas trop souvent »).

Indices de poids moyen à élevé (entre 2 et 6 points selon la fréquence)

2- CHANGEMENT COGNITIF

- a) Proposition où, d'un ton neutre, pondéré et dépourvu de jugement négatif, la personne propose une **réinterprétation plus objective** de la réalité ou de la situation vécue. Cela peut être fait de façon à y voir un sens ; à diminuer l'auto-critique ou la honte ; à accepter qu'on ne peut pas contrôler tous les dangers potentiels ; ou encore à ne pas voir uniquement le mauvais côté du monde. Exemples : « Ça va bien aller, tu as les ressources pour t'en sortir... » ; « Tu n'es pas seule, il y a des gens autour de toi ... » ; « Tu ne pourras jamais tout contrôler... ».

- b) **Définition/explication du problème ou de la solution selon un autre point de vue:** la personne en arrive, au cours de la discussion, à juger le problème selon d'autres aspects, de sorte à diminuer l'ampleur du problème, à mieux le comprendre, ou encore à réévaluer des alternatives de solution. Les énoncés sont généralement précédés d'actions cognitives telles que "je vois", "je pense", etc. Ex. : « Tu ne crois pas que tu t'en demandes beaucoup ? » ; « Je pense qu'il faut se donner du temps ».
- c) **Apport d'éléments positifs:** analyse d'éléments positifs de la situation à partir desquels on peut commencer à imaginer, bâtir une solution.

3 - PROMOTION DU CHANGEMENT

Il s'agit de suggestions d'actions nouvelles ayant but de gérer ou résoudre le problème ou des dimensions du problème présenté tout en respectant le rythme d'appropriation de la personne.

- a) **Proposition de référer à des ressources compétentes :** « Ici, on nous donnera des moyens » ; (faible poids si c'est « J'espère »). « C'est déjà un moyen qu'on se donne de participer à la recherche ».
- b) **Proposition qui consiste à franchir une étape dans la gestion de son anxiété.** De façon implicite, la personne tient compte d'une hiérarchie dans la sélection des défis envisagés pour résoudre le problème : Ex : « En parler, c'est difficile, mais il faut le faire pour comprendre ce qui se passe » ; « Tranquillement, commencer à te réhabituer à.... » ; « J'ai essayé de faire ma journée sans médicament » ; « Je vais aller prendre une marche à l'extérieur sans les enfants »
- c) **Expression claire de la nécessité et/ou de l'importance de trouver une solution** (max. 1 pt.) : « Il faut que j'accepte de l'aide ».
- d) **Suggestion d'une action positive.** Ex : « Nous pourrions sortir pour trouver un terrain neutre où nous pourrions parler. »
- e) **Analyse des conséquences** positives ou négatives des éléments de solution discutés en vue de développer des nouvelles propositions. Ou : réflexion sur l'impact des solutions mises en place. Exemple : « Je me demande si c'est bon que je t'accompagne tout le temps, bien que cela te rassure ».
- f) La personne s'engage à **s'impliquer** concrètement en vue d'aider ou de résoudre le problème. Ex : « Je vais venir avec toi aux rencontres. » ; « Je vais prendre le temps de me calmer avant de parler ». Ou encore, la personne montre son engagement dans la recherche de solutions en utilisant le pronom "je" ou "nous" et une action concrète.

- g) **Proposition d'un moyen qui pourrait être pris dans la vie courante pour vivre des moments de qualité ou se donner un répit.** Ex : « Nous pourrions aller au restaurant, ça te changerait les idées ».

Notes :

1. Lorsque l'aidant fait des propositions qui pourraient être pertinentes, mais ne répondent pas directement aux problèmes tels qu'identifiés par le demandeur, celles-ci sont prises en compte, mais elles ont un faible poids. Ex : « As-tu pensé à porter plainte ? »
2. Les solutions négatives, comme suggérer de cesser un comportement ne sont pas incluses.

4 – CONSEIL POSITIF / DEMANDE POSITIVE

- a) Tout **conseil perçu comme neutre et non jugeant** est codifié ici. Toute proposition mentionnée dans la catégorie « promotion du changement », mais formulée sous forme de recommandation : « Il me semble que tu pourrais... » ; « Peut-être essayer de... » .
- b) Conseil ou consigne voulant **répondre à un besoin manifesté clairement**. Par exemple, l'aidant dit : « Demande-lui de laisser la porte ouverte » alors que le demandeur dit se sentir oppressé dans le local.
- c) **Le demandeur manifeste un besoin explicite.** (Ex : besoin d'écoute, attente d'une action précise). « J'aimerais que tu m'écoutes sans te fâcher » ; « J'aimerais que tu sois présent ». « J'aimerais que tu m'aides à faire les tâches » ; « J'aimerais que tu m'accompagnes » ; « Lorsqu'on se dispute, il faudrait que tu t'éloignes de quelques pas ». Note : Si au passé « J'aurais aimé... » : description du problème ou contre-validation, selon le ton.).

B- INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué pendant que la personne émet l'énoncé de solution. On évalue ici le niveau d'énergie déployée durant la proposition de changement cognitif ou d'action concrète. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix: il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
- animée, enjouée, expressive, fluide rythmée, variations dans le rythme et dans les patrons d'intonation, forte amplitude
2. Attention visuelle soutenue, ou en alternance régulière
3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés.
Il peut y avoir un ou plusieurs :

- mouvements de sourcils, de la bouche, des yeux, de la tête.

5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse). Note. L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la communication, il ne fait que l'élever quand il est présent.

(06) PROPOSITION DE CHANGEMENT NÉGATIVE

A – INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut tout énoncé ayant pour but de résoudre un problème, mais qui est reconnu comme n'ayant pas un effet positif sur le demandeur.

1 – CONSEIL NÉGATIF

Un conseil est considéré comme une proposition négative lorsqu'on perçoit un ton jugeant ou autoritaire de la part de l'aidant: « Suis mon conseil et tu n'auras pas de problème » ; « Tu te souviens, ce que je t'avais dit de faire, l'autre fois... ».

2 – CONFRONTATION / COERCITION

- a) La proposition porte sur le fait d'arrêter un comportement ou une pensée : « Arrête d'y penser » ; « Ne t'enferme pas dans la maison ».
- b) Les émotions vécues sont discréditées ; on recommande de les ignorer et de passer à l'action. « Tu n'as pas de raison d'avoir peur » ; « Tu n'as qu'à sortir et à y aller » ; « Fais comme si tu n'avais pas peur » ; « Laisse la porte débarrée ! ».
- c) La proposition est formulée de façon grossière : « Grouille-toi » ; « Il faut te pousser dans le cul ! ».
- d) Formulation d'une attente qui discrédite : « Je voudrais que tu sois normal ». (Ne pas confondre avec : « J'aimerais que tu redeviennes comme avant » (description du problème).
- e) La phrase inclut une proposition positive annulée par une critique : « Si tu essayais de comprendre au lieu de me rentrer dedans ».

3 – PROPOSITION QUI RISQUE DE MAINTENIR LE PROBLÈME

La personne fait une proposition qui encourage l'évitement, l'hypervigilance ou tout autre comportement reconnu pour contribuer au maintien des symptômes.

Ex : la personne propose de ne plus sortir de la maison, de quitter la ville. La personne réclame l'accompagnement de son conjoint pour ses déplacements hors de la maison (faible poids car peut varier selon le contexte). Évitement cognitif : « Je garde le sourire et je passe par-dessus ».

4 – PROPOSITION CENTRÉE SUR LE BESOIN DE L'AIDANT

Cet item est codifié uniquement en ce qui concerne l'aidant (qu'il soit le conjoint ou la victime), lorsque la proposition ignore le besoin du demandeur pour se centrer sur le sien propre. Exemple : « Débarre la porte parce que ça m'énerve ! » ; « Je vais tuer l'écoeurant qui t'as fait ça ! ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué pendant que la personne émet une proposition verbale.

Le contenu non verbal ajoute du poids à cette dimension négative seulement si des indices négatifs sont observés :

1. Voix et expression faciale congruentes aux énoncés verbaux négatifs :
 - agressives : colère, tension, frustration, impatience, froideur, sarcasme
 - suffisantes ou condescendantes
 - insistantes
2. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.
3. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés. Il peut y avoir un/plusieurs :
 - mouvements de sourcils, de la bouche, des yeux, de la tête
4. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

(07) AFFECT DYSPHORIQUE

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 5 points)

Ce code inclut les manifestations verbales et non-verbales d'état dépressif et la passivité associée à l'attente d'être pris(e) en charge par le conjoint. Avec un poids plus faible, sont inclus les comportements de réassurance où la personne demande au conjoint de porter un jugement positif sur sa situation.

Petit poids (maximum 2 points)

1 – DEMANDE DE RÉASSURANCE

La personne pose une question impliquant un jugement sur sa propre situation ou sur celle du couple formulée de telle sorte qu'elle annonce implicitement la réponse attendue. « Trouves-tu que je me suis amélioré ? » ; « C'est pas si pire que ça, hein ? » ; « Ça va-tu si mal que ça, nous deux ? ! ».

Poids selon la fréquence et l'intensité (maximum 5 points)

2 – AFFECT DYSPHORIQUE, MANIFESTATION DE LOURDEUR

- a) Les propos ou solutions envisagées donnent une impression d'impuissance chez la personne et reposent lourdement sur les épaules du conjoint. « Si je ne t'avais pas, je ne chercherais pas à m'en sortir » ; « J'ai besoin de toi ! » ; « Je veux que tu restes avec moi » ; « Sans toi, je n'y arriverai pas ».
- b) Plainte, auto-dépréciation, perception d'un avenir bouché, expression d'un état général de lourdeur sans objet spécifique. Exemples : « Chu pu capable » ; « J'ai besoin d'aide ! » ; « Chu écoeurée » ; « Je n'en peux plus » ; « Je ne serai plus jamais la même » ; « La femme que tu as connue est disparue depuis longtemps » ; « Je ne suis pas capable de t'aider ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 4 points)

Cet aspect de l'affect est évalué autant pendant l'émission de messages non-verbaux que verbaux (le message verbal n'est pas nécessaire). Par exemple, une personne voûtée qui soupire et pleure obtiendra un score pour l'affect dysphorique même si elle n'émet pas de message verbal.

Il s'agit des indices non-verbaux révélateurs soit d'attentes importantes envers l'autre, soit de désintérêt, de désengagement ou même de difficulté marquée à tolérer le moment présent.

Pour le besoin de réassurance , les indices comportementaux sont les suivants :

- 1) Voix suppliante ou manifestant une urgence quant à la réponse attendue.
- cajoleuse, suppliante, menaçante, pressante.
- 2) Regard insistant.
- 3) Posture orientée vers l'autre.

Pour l'état dysphorique, les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

- 1) Voix déprimée, chargée ou congruente à des affects négatifs :
- dysphorique : pleurs, voix déprimée, plainte.
- agressif : colère, tension, frustration.
- 2) Pleurs sans expression verbale.
- 3) Faible ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.
- 4) Expression de découragement, d'impuissance, de détresse.
- 5) Regard fuyant.
- 6) Position du corps: repli sur soi ou non orienté.
- 7) Soupir qui n'est pas en réaction à ce que l'autre dit, mais de désespoir ou de malaise (qui dégage une impression de lourdeur).

(08) CONTRE-VALIDATION

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut tout énoncé ayant pour effet de contredire les énoncés de l'autre ou d'atteindre négativement l'estime de soi de l'autre. Les indices comportementaux sont répartis en 3 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Indices de faible poids : (maximum 3 points)

1 - DÉSACCORD AVEC RATIONNEL

Tout énoncé de rejet des propos de l'autre suivi d'une justification rationnelle de ce rejet.

Ex : oui, mais ..., non, mais ...

****Note :** si la justification consiste en une proposition de changement, prioriser la proposition de changement plutôt que le désaccord.

Indices de poids moyen : (maximum 5 points)

2 - DÉSACCORD SANS RATIONNEL

Ce code inclut tout énoncé de rejet des propos de l'autre, sans qu'aucune raison ne soit mentionnée.

- a) Expressions courtes, comme « non, c'est impossible », « je ne pense pas », « je ne suis pas d'accord »
- b) Attitude défensive : la personne se défend face à ce que l'autre lui a dit ; elle se justifie.
- c) Doute sur les propos de l'autre: la personne n'est pas convaincue de la véracité de l'énoncé de l'autre.

Indices de poids important : (maximum 6 points)

3 – CRITIQUES ET COMMENTAIRES NÉGATIFS

Tout commentaire ayant pour effet de porter atteinte à l'estime de soi de l'interlocuteur. L'énoncé peut concerner sa famille, des amis proches ou un groupe dont il fait partie, s'il s'agit d'un élément nouveau. S'il s'agit plutôt d'une poursuite des propos de l'autre, inclure dans la description du problème ou dans la validation, selon le cas.

- a) **Attribution négative:** la personne attribue à l'autre une émotion, une pensée, une intention ou un trait de caractère, de nature négative.
- b) **Critiques:** la personne reproche ou désapprouve un comportement de l'autre :
« Ce n'est pas en restant toujours couchée que tu vas t'aider » ; « Chu tanné de te voir poireauter. »
- c) **Énoncé et/ou réponse sarcastique:** énoncé qui en soi, pourrait être neutre ou même positif, mais qui n'est pas approprié dans le contexte de la discussion.
- d) **Accusation de l'autre d'être à la source de son problème ou de ne pas aider:** énoncé qui exprime de façon explicite que le problème est causé par l'autre ou encore qu'il n'aide pas : « Tu ne comprends pas ! » ; « J'ai toujours l'impression que tu ne veux pas comprendre ».
- e) **La personne rejette activement l'existence réelle du problème exposé.** Elle peut accuser l'autre de créer le problème, de l'exagérer, de le grossir hors de proportion.
- f) **Humiliation:** attribution qui semble avoir pour effet de placer l'autre dans une position diminuée ou d'impuissance.

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Ces comportements consistent en une série d'activités non-verbales qui témoignent d'états de contractions musculaires chez la personne pendant qu'elle contredit ou attaque l'autre et ses propos.

Voici des exemples d'indices comportementaux:

- 1. Corps tendu: position symétrique du corps:
 - cou tendu
 - extrémités tendues: pied, poignet, doigts
- 2. Voix:
 - tendue
 - saccadée
 - colérique
 - impatiente
 - froide
 - sarcastique
 - ironique
- 3. Expressions faciales:
 - froncement de sourcils en désapprobation
 - mimiques

4. Parle en même temps que l'autre.

(09) RETRAIT / PASSIVITÉ

Il s'agit de plusieurs comportements verbaux et non verbaux qui ont pour but de désengager la personne de la conversation.

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 1 point)

RETRAIT/PASSIVITÉ

- a) La personne demande à l'autre de régler le problème.
- b) La personne dit qu'elle ne veut pas s'impliquer dans la résolution du problème.
- c) La personne dit clairement qu'il n'y a pas de solution possible.
- d) La personne désire cesser la discussion alors que l'autre veut la poursuivre.
- e) La personne donne une réponse confuse, vague ou non pertinente, à une question posée par l'autre.
- f) Refus de parler du problème exposé.
- g) La personne minimise l'importance du problème, sans rationnel, c'est-à-dire sans aucune raison valable.
- h) La personne manifeste de l'ambivalence ou de l'opposition à s'impliquer pour résoudre le problème. « Je veux venir... mais pas trop souvent ! » ; « Tu sais, moi, parler de ce que je vis... ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 8 points)

Série d'activités non-verbales qui ont pour effet de désengager la personne de la conversation; la personne est comme déconnectée de la discussion.

Les indices comportementaux sont répartis en 3 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

1. Beaucoup de poids :

- . Absence de prise de son tour de parole (détails à la page suivante)
- . Voix faible / ton recto-tono
- . Parole ralentie
- . Retrait du contact visuel (regarde par terre ou ailleurs)
- . Soupir d'ennui
- . Silence et absence de hochements lorsque l'autre fait des pauses dans son discours.

2.. Poids moyen : (voir les détails en bas de page)

- . Latence accrue lors de la prise de son tour de parole
- . Patron inversé du contact visuel
- . Création d'une barrière physique
- . Corps orienté dans une autre direction que vers l'interlocuteur
- . Augmentation de la distance physique
- . Couper la parole à quelques reprises

3. Un peu de poids : (voir les détails en bas de page)

- . Immobilité du visage (peu d'expressions faciales)
- . Immobilité de la tête
- . Mouvement des doigts

Voici une description détaillée de certains indices du retrait :

- **Absence de prise de parole.** Lorsqu'une personne finit son propre tour de parole et manifeste qu'elle donne la parole à l'autre, par exemple, par une pause ou par une question, on s'attend à ce que l'interlocuteur-trice prenne la parole. Lorsqu'il y a absence de prise de parole, on sent que la rythmicité de l'interaction est brisée, que quelque chose qui devait se produire ne se produit pas, qu'on est suspendu dans le vide. La situation résulte en un silence souvent lourd.

- **Latence accrue lors de la prise de son tour de parole.** Il y a un laps de temps considérable (en général, plus que 2 secondes) qui s'écoule entre la fin de l'énoncé de l'un et la prise de parole de l'autre.

- **Patron inversé du contact visuel lorsque la personne parle.** Au cours d'une conversation normale, on note généralement une alternance de la réponse d'attention visuelle de la personne qui parle. Celle-ci alterne entre deux cibles. Elle s'oriente sur le visage de la personne qui écoute, et s'oriente de temps en temps ailleurs. Dans un patron inversé de contact visuel, la personne qui parle regarde ailleurs pendant qu'elle parle et jette périodiquement des coups d'oeil sur son interlocuteur.

- **Barrière physique entre soi et l'autre :**

- . main qui couvre une partie du visage
- . objet tenu près de soi, comme une tablette ou un journal
- . bras croisés
- . jambe croisée : celle qui est du côté de l'interlocuteur

-Augmentation de la distance physique entre soi et l'autre en se reculant dans la chaise, en se penchant vers l'extérieur

- Immobilité de la tête et absence de hochements de tête ou hochements de tête lents et non synchronisés avec les énoncés de l'autre

-Mouvements répétitifs, mais non tendus, comme se jouer dans les cheveux, se gratter, jouer avec ses vêtements, avec des objets.

(10) IMPLICATION COMPORTEMENTALE

Cette dimension mesure l'implication globale de la personne dans la discussion, tant en situation de parole qu'en situation d'écoute.

Les indices utilisés pour évaluer cette dimension sont les comportements non verbaux. Ainsi, aucune évaluation n'est portée sur le contenu des énoncés. La situation de parole est évaluée en fonction de la qualité, la fréquence et l'intensité des comportements non verbaux liés aux énoncés. Les indices comportementaux sont les suivants:

1. Voix: il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:

- animée, enjouée, expressive
- fluide
- rythmée, variations dans le rythme
- variations dans les patrons d'intonation
- forte amplitude
- imitation de la voix d'une autre personne

2. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière

3. Hochements de tête de la personne, pendant que l'autre parle

4. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.

5. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés :

- mouvements de sourcils.
- mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
- mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
- mouvement de la tête

6. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

7. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)

Note. L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la cote, il ne fait que l'élever quand il est présent

8. Présence de parole

Grille de codification du SCIS (TSPT)

No de Codificateur(trice): _____ T1: _____ ou T2: _____ ou T3: _____

No Discussion: _____ No Participant: _____ Type de Discussion: _____

No de Segment: _____ Extrait: de _____ à _____ Durée: _____

DEMANDEUR (V _____ / C ou P _____)

- | | | |
|------------------------------|-------------------|-------|
| 1) Description du problème | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 2) Expression d'émotion(s) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 3) Attention/Écoute | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 4) Accord/Validation/Soutien | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 5) Proposition Positive | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 6) Proposition Négative | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 7) Affect dysphorique | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 8) Contre-validation | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 9) Retrait/Passivité | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |
| 10) Implication | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | _____ |

Grille de codification du SCIS (TSPT)**Suite****AIDANT(E) (V _____ / C ou P _____)**

1) Description du problème 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

2) Expression d'émotion(s) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

3) Attention/Écoute 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

4) Accord/Validation/Soutien 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

5) Proposition Positive 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

6) Proposition Négative 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

7) Affect dysphorique 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

8) Contre-validation 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

9) Retrait/Passivité 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

10) Implication 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____

APPENDICE H

MESURE DES SYMPTÔMES D'ÉSPT

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encircler la fréquence des symptômes dans la colonne située à gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. : incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de l'événement? (ex. : plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement (ex. vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex. : sueurs, palpitation, etc.)	A	B	C	D	E

APPENDICE I

AUTRES MESURES PSYCHOLOGIQUES



Date:

année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ ☐ marié(e) ☐ vivant maritalement
☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
☐ séparé(e) ☐ célibataire

Âge _____ Sexe _____ ☐ M ☐ F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
 1 Je me sens très souvent triste.
 2 Je suis tout le temps triste.
 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 2 Je m'attends à être puni(e).
 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 1 J'ai perdu confiance en moi.
 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 3 Je ne m'aime pas du tout.

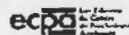
8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 2 Je me reproche tous mes défauts.
 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 2 J'aimerais me suicider.
 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
 Harcourt Brace & Company, Canada
 TORONTO
 Londres • San Antonio • Sydney



Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
 Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emménagement et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

Sous-total, page 1

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur
le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié
en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

_____ Sous-total, page 2

_____ Sous-total, page 1

_____ Score total

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

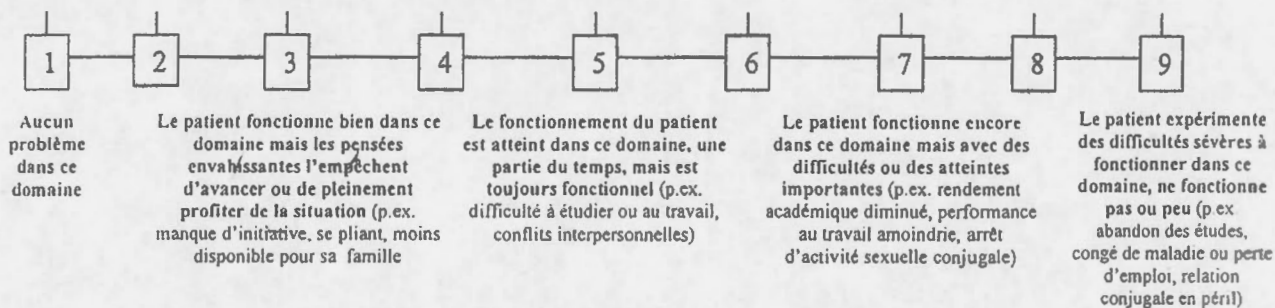
	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement				
2. Bouffées de chaleur				
3. "Jambes molles", tremblements dans les jambes				
4. Incapacité de se détendre				
5. Crainte que le pire ne survienne				
6. Étourdissement ou vertige, désorientation				
7. Battements cardiaques marquées ou rapides				
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9. Terrifié(e)				
10. Nervosité				
11. Sensation d'étouffement				
12. Tremblement des mains				
13. Tremblements, chancelant(e)				
14. Crainte de perdre le contrôle de soi				
15. Respiration difficile				
16. Peur de mourir				
17. Sensation de peur, "avoir la frousse"				
18. Indigestion ou malaise abdominal				
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20. Rougissement du visage				
21. Transpiration (non associée à la chaleur)				

Évaluation du fonctionnement actuel

Date : _____

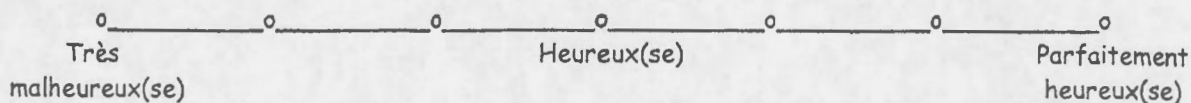
Évaluateur :

Veillez évaluer le fonctionnement actuel du patient (les 14 derniers jours) dans chacun des domaines de sa vie sur l'échelle suivante. p. ex. **Pouvez-vous me décrire comment vos symptômes du trouble de stress post-traumatique ont influencé votre vie de couple depuis deux dernières semaines.** Sous-questionnez, lorsque nécessaire, pour identifier des composants : vie sexuelle, niveau de conflits conjugaux, disponibilité émotionnelle.

[illegible]

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT CONJUGAL (Locke & Wallace, 1959)

1. Sur l'échelle ci-dessous, encerclez le point qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous procure, en général, votre relation conjugale actuelle. Le point du milieu "heureux(se)" représente le degré de bonheur que la majorité des gens retirent de la vie conjugale; l'échelle s'étend d'un côté vers une minorité qui est vraiment malheureuse, et de l'autre côté vers une minorité qui connaît un bonheur exceptionnel.



Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre partenaire à propos des points suivants.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	1	2	3	4	5	6
3. Loisirs	1	2	3	4	5	6
4. Marques d'affection	1	2	3	4	5	6
5. Amis(es)	1	2	3	4	5	6
6. Relations sexuelles	1	2	3	4	5	6
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	1	2	3	4	5	6
8. Philosophie de vie	1	2	3	4	5	6
9. Relations avec la belle-famille	1	2	3	4	5	6

Repondez à chacune des questions suivantes en encerculant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encerclez la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre cas.

10. Quand il y a désaccord entre vous,

- a. c'est votre partenaire qui cède
- b. c'est vous qui cédez
- c. vous arrivez à établir un compromis

11. Est-ce que vous et votre partenaire avez des activités ensemble en dehors de la maison?

- a. toutes
- b. quelques-unes
- c. très peu
- d. aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, que préférez-vous généralement?

- a. des activités à l'extérieur de la maison
- b. rester à la maison

Votre partenaire préfère-t-il(elle)?

- a. des activités à l'extérieur de la maison
- b. rester à la maison

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou ne pas vivre avec) votre partenaire?

- a. fréquemment
- b. occasionnellement
- c. rarement
- d. jamais

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez:

- a. épouser (ou vivre avec) la même personne
- b. épouser (ou vivre avec) une autre personne
- c. ne pas épouser (ou ne pas vivre avec) quelqu'un

15. Est-ce que vous vous confiez à votre partenaire?

- a. presque jamais
- b. rarement
- c. très souvent
- d. toujours

APPENDICE J

COMPORTEMENTS DE SOUTIEN À FAVORISER CHEZ LES PROCHES

TABEAU 14.1 Conseils généraux pouvant être dispensés aux proches

Ce que les proches peuvent faire pour aider l'individu en ÉSPT

- Se montrer empathique à la détresse vécue
- Considérer la personne telle qu'elle est et l'aider à se définir autrement que par son ÉSPT
- L'encourager à chercher de l'aide professionnelle au besoin
- Promouvoir des changements positifs tels que s'exposer graduellement aux stimuli phobogènes
- S'informer sur les caractéristiques de l'ÉSPT, son évolution et les traitements appropriés
- Reconnaître et renforcer le moindre progrès, aussi petit soit-il
- Évaluer un progrès selon la situation de l'individu et non selon un standard absolu (p. ex., absence de symptômes)
- Diminuer les attentes durant les périodes de stress
- Être flexible et essayer de maintenir un fonctionnement normal
- Se donner le droit à l'occasion de se sentir impuissant et frustré

Ce que les proches devraient éviter de faire

- Blâmer l'individu anxieux ou eux-mêmes pour le trouble
- Critiquer la victime pour sa façon de gérer ses difficultés
- Minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques
- Exiger de l'individu anxieux des choses qu'il a peur de faire
- Inciter la victime à éviter ou fuir une situation
- Organiser leur vie uniquement en fonction de l'ÉSPT
- Prendre la responsabilité de la « guérison » de l'ÉSPT
- Abandonner les efforts pour aider la victime à s'en sortir

Guay, S. (2005). Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux. *Psychologie Québec, Mai*, 30-32

tiré de Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. Dans S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques, Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 369-387). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th text revision)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th text revision)*. Washington, DC American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427. doi: 10.1023/a:1024478305142
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles, 17*(11-12), 737-749. doi: 10.1007/bf00287685
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 19*(7), 819-841. doi: S0272735898000762
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413-445. doi: 10.1007/bf00922627
- Baucom, D. H., Stanton, S., & Epstein, N. B. (2003). Anxiety disorders. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 57-87). New York, NY, US: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (Eds.). (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D., & Palyo, S. A. (2009). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(4), 443-450. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.09.001

- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1068-1072. doi: 10.1037/0022-006X.64.5.1068
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(2), 155-162. doi: 10.1037/h0036215
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 32*(6), 876-896. doi: 10.1177/0145445508319280
- Birrer, E., & Michael, T. (2011). Rumination in PTSD as well as in traumatized and non-traumatized depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(4), 381-397. doi: 10.1017/s1352465811000087
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 5e édition*. (c) 1996, Paris: Masson.
- Bramsen, I., van der Ploeg, H. M., & Twisk, J. W. R. (2002). Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 241-245. doi: 10.1037/0022-006x.70.1.241
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi: 10.1037/0022-006x.68.5.748
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295x.103.4.670
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., & Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality, 23*(3), 354-372. doi: 10.1016/0092-6566(89)90007-x
- Brillon, P. (2010). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal: Les éditions Québecor.
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (2002). Gender issues in couple and family therapy following traumatic stress. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 382-399). New York: Guilford Press.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 205-212. doi: 10.1023/A:1015251210928

- Carpenter, K. M., & Addis, M. E. (2000). Alexithymia, gender and responses to depressive symptoms. *Sex Roles, 43*(9-10), 629-644. doi: 10.1023/a:1007100523844
- Chartier-Otis, M., Guay, S., & Marchand, A. (2009). Psychological and relationship distress among partners of civilian PTSD patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 543-546. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181aac807
- Chartier-Otis, M., Perreault, M., Belanger, C., & Marchand, A. (2010). Caregiver Burden, Social Support and Service Needs among Relatives of Individuals with Emotional Disorders. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 1-22.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301-328. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- Christiansen, D. M., & Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women. *Annals of General Psychiatry, 7*(24). doi: 10.1186/1744-859x-7-24
- Clapp, J. D., & Beck, J. G. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 237-244. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.006
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health: A guide for health and social scientists. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Colley, A., Mulhern, G., Maltby, J., & Wood, A. M. (2009). The short form BSRI: Instrumentality, expressiveness and gender associations among a United Kingdom sample. *Personality and Individual Differences, 46*(3), 384-387. doi: 10.1016/j.paid.2008.11.005
- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology, 18*(1), 36-45. doi: 10.1037/0893-3200.18.1.36
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 454-460. doi: 10.1037/0022-006x.54.4.454

- Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2013). Overt Social Support Behaviors: Associations With PTSD, Concurrent Depressive Symptoms, and Gender. Advance online publication. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4). doi: 10.1037/a0033193
- Cromer, L. D., & Smyth, J. M. (2010). Making meaning of trauma: Trauma exposure doesn't tell the whole story. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 65-72. doi: 10.1007/s10879-009-9130-8
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research. Special Issue: Approaches to the study of communication, social support and helping relationships*, 19(2), 154-174. doi: 10.1177/009365092019002002
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1994). Social support communication in the context of marriage: An analysis of couples' supportive interactions. In R. B. Brant, L. A. Terrance & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community*. (pp. 113-135). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related posttraumatic stress disorder and family relations: current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309. doi: 10.1016/j.avb.2010.03.001
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(1), 27-33. doi: 10.1007/s00127-005-0002-6
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology*, 139(2), 191-201. doi: 10.1080/00224549909598373
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112(1), 106-124. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.106
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.83
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy*, 38(4), 319-345. doi: S0005-7967(99)00123-0
- Elliott, R. (1979). How clients perceive helper behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 26(4), 285-294. doi: 10.1037/0022-0167.26.4.285
- Falsetti, S. A., Resnick, H., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure for assessing posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 16, 161-162.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members *Burnout in families: The systemic costs of caring*. (pp. 15-28): Boca Raton: CRC Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.303
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M., & Neumann, D. A. (1992). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh (Eds.). *Posttraumatic stress disorder* (p. 28-49). New York : Macmillan.
- Freeston, M. H. (1997). Psychosocial functioning scale. Unpublished manuscript. Fernand-Seguin Research Center, Montreal.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & et al. (1994). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20(1), 47-55.
- Freeston, M. H., & Pléchaty, M. (1997). Reconsiderations of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990s? *Psychological Reports*, 81(2), 419-434. doi: 10.2466/pr0.81.6.419-434
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., & Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science & Medecine*, 48(1), 77-87. doi: S0277953698002901 [pii]
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 477-501. doi: 10.1016/s1359-1789(03)00045-4

- Galovski, T. E., Mott, J., Young-Xu, Y., & Resick, P. A. (2011). Gender differences in the clinical presentation of PTSD and its concomitants in survivors of interpersonal assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 789-806. doi: 10.1177/0886260510365865
- Gavranidou, M., & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 17(3), 130-139. doi: 10.1002/da.10103
- Goff, B. S., & Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: the couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157. doi: 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x
- Goldsmith, D. J., & Dun, S. A. (1997). Sex differences and similarities in the communication of social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(3), 317-337. doi: 10.1177/0265407597143003
- Guay, S. (2005). Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux. *Psychologie Québec, Mai*, 30-32.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, É., Nachar, N., Marchand, A., & O'Connor, K. P. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 280-303. doi: 10.1080/10926771.2011.562478
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the Links Between Posttraumatic Stress Disorder and Social Support: Processes and Potential Research Avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338. doi: 10.1002/jts.20124
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques, Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 369-387). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation of the French-Canadian version of the Modified Post-Traumatic Symptom Scale in a clinical setting. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257-269.
- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York: Mc Graw-Hill.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review.

- American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9
- Hanley, K. E., Leifker, F. R., Blandon, A. Y., & Marshall, A. D. (2013). Gender differences in the impact of posttraumatic stress disorder symptoms on community couples' intimacy behaviors. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 525-530. doi: 10.1037/a0032890
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31.
- Heyman, R. E., & Vivian, D. (2000). *Rapid marital interaction coding system manual*. Unpublished manuscript. State University of New York, Stony Brook.
- Jakupcak, M., Osborne, T. L., Michael, S., Cook, J. W., & McFall, M. (2006). Implications of masculine gender role stress in male veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(4), 203-211. doi: 10.1037/1524-9220.7.4.203
- Jakupcak, M. B., Rebecca K.; Grossbard, Joel; Garcia, Hector; Okiishi, John (2014). "Toughness" in association with mental health symptoms among Iraq and Afghanistan war veterans seeking Veterans Affairs health care. 15(1), 100-104. doi: 10.1037/a0031508
- Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health Social Work*, 8(14). doi: 10.1186/1475-9276-8-14
- Johnson, J. L., & Repta, R. (2012). Sex and Gender, Beyond the Binaries In J. L. Oliffe & L. Greaves (Eds.), *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. (pp. 17-38). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Joiner Jr., T. E. (2001). Nodes of Consilience Between Interpersonal-Psychological Theories of Depression. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328. doi: 10.1016/0272-7358(90)90064-h
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress : A psychosocial perspective on PTSD and treatment*.

- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391-402. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.391
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 395-408. doi: 10.1037/0022-3514.64.3.395
- Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21, Pt 1), 1776-1788. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01511.x
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49(5), 620-631. doi: 10.2307/2095420
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(12), 2980-2992. doi: 10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x
- Klaric, M., Franciskovic, T., Pernar, M., Nemcic Moro, I., Milicevic, R., Cerni Obrdalj, E., & Salcin Satriano, A. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Collegium Antropologicum*, 34(Supplement), 15-21.
- Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančišković, T. (2013). Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress. *Psychiatria Danubina*, 25(Suppl 1), 29-36.
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337-343. doi: 10.1037/0022-3514.59.2.337
- Lavoie, V., Guay, S., Fikretoglu, D., Brunet, A., & Boisvert, J.-M. (2009). État de stress post-traumatique chez les militaires : relations entre le soutien social, les

- stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants. *Journal international de victimologie*, 7(1), 55-76.
- Lehoux, J., Guay, S., Chartrand, É., & Julien, D. (2007). Preliminary evaluation of the psychometric properties of a global coding system of spousal support for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(4), 307-314. doi: 10.1037/cjbs2007024
- Levant, R. F. (2011). Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as a framework. *American Psychologist*, 66(8), 765-776. doi: 10.1037/a0025034
- Levant, R. F., Rankin, T. J., Williams, C. M., Hasan, N. T., & Smalley, K. B. (2010). Evaluation of the factor structure and construct validity of scores on the Male Role Norms Inventory—Revised (MRNI-R). *Psychology of Men & Masculinity*, 11(1), 25-37. doi: 10.1037/a0017637
- Levant, R. F., Smalley, K. B., Aupont, M., House, A. T., Richmond, K., & Noronha, D. (2007). Initial validation of the Male Role Norms Inventory-Revised (MRNI-R). *The Journal of Men's Studies*, 15(1), 83-100. doi: 10.3149/jms.1501.83
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living*, 21, 251-255. doi: 10.2307/348022
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 248-255.
- Maisel, N. C., Gable, S. L., & Strachman, A. (2008). Responsive behaviors in good times and in bad. *Personal Relationships*, 15(3), 317-338. doi: 10.1111/j.1475-6811.2008.00201.x
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307-317. doi: 10.1002/da.20228
- Mickelson, K. D., Helgeson, V. S., & Weiner, E. (1995). Gender effects on social support provision and receipt. *Personal Relationships*, 2(3), 211-224. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00087.x
- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: from description to theory-driven research and intervention

- development. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 707-714. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.002
- Nachar, N., Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., & Marchand, A. (2013). Assessment of the psychosocial predictors of health-related quality of life in a PTSD clinical sample. *Traumatology*, 19(1), 20-27. doi: 10.1177/1534765612438944
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.259
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. doi: 10.1037/0022-3514.77.4.801
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20-28. doi: 10.1037/0021-843x.102.1.20
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.92
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.498
- Norris, F. H., Perilla, J. L., Ibañez, G. E., & Murphy, A. D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 7-28. doi: 10.1023/a:1007851413867
- Oliffe, J. L., & Greaves, L. (2012). *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 3-36. doi: 10.1037/1942-9681.s.1.3
- Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 219-230. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.219
- Pasch, L. A., Bradbury, T. N., & Davila, J. (1997). Gender, negative affectivity, and observed social support behavior in marital interaction. *Personal Relationships*, 4(4), 361-378. doi: 10.1111/j.1475-6811.1997.tb00151.x
- Pistrang, N., & Barker, C. (2002). How Partners Talk in Times of Stress : A Process Analysis Approach. In T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.), *Couples Coping With Stress, Emerging Perspectives on Dyadic Coping* (pp. 97-119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pistrang, N., Barker, C., & Rutter, C. (1997). Social support as conversation: Analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social Science & Medicine*, 45(5), 773-782. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00413-3
- Pizzamiglio, M. T., Julien, D., Parent, M. A., & Chartrand, E. (2001). *Social Support Interactions Global Coding System*. Unpublished manuscript. University of Quebec in Montreal, Montreal.
- Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men* (pp. 11-32). New York, NY, US: Basic Books.
- Pollack, W. S., & Levant, R. F. (1998). *New psychotherapy for men*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Punamäki, R.-L., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M., & de Jong, J. T. V. M. (2005). The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: Childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 351-373. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.10.011
- Reilly, E. D., Rochlen, A. B., & Awad, G. H. (2014). Men's self-compassion and self-esteem: The moderating roles of shame and masculine norm adherence. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 22-28. doi: 10.1037/a0031028
- Richardson, J. D., Elhai, J. D., & Pedlar, D. J. (2006). Association of PTSD and Depression With Medical and Specialist Care Utilization in Modern Peacekeeping Veterans in Canada With Health-Related Disabilities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1240-1245. doi: 10.4088/JCP.v67n0810

- Riggs, D. S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 280-301). New York, NY, US: Guilford Press.
- Saxe, G., & Wolfe, J. (1999). Gender and posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 160-179). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 825-836. doi: 10.1002/jts.20159
- Sciancalepore, R., & Motta, R. W. (2004). Gender related correlates of posttraumatic stress symptoms in a World Trade Center tragedy sample. *International Journal of Emergency Mental Health, 6*(1), 15-24.
- Segrin, C. (2001). The Interpersonal Paradigm in Mental Health. In C. Segrin (Ed.), *Interpersonal Processes in Psychological Problems* (pp. pp.203-223). New York: The Guilford Press.
- Simmons, C. A. (2007). Speculation as to why women "get" PTSD more often than men. *Women & Therapy, 30*(1-2), 85-98. doi: 10.1300/J015v30n01_05
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Marchand, A. (2009). The relationship between social support, psychological stress and the risk of developing anxiety disorders in men and women: results of a national study. *Canadian Journal of Public Health, 100*(2), 148-152.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry, 22*(4), 261-269. doi: 10.1016/s0163-8343(00)00080-3
- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. . In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3-37). New York: Guilford Press.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review, 107*(3), 411-429.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2002). Gender and PTSD : A Cognitive Model. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 76-97). New York: The Guilford Press.

- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Toner, B., Tang, T., Ali, A., Akman, D., Stuckless, N., Esplen, M. J., . . . Ross, L. (2012). Developing a Gender Role Socialization Scale. In J. L. Oliffe & L. Greaves (Eds.), *Designing and Conducting Gender, Sex, & Health Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles*, 30(7-8), 521-541. doi: 10.1007/bf01420800
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 369-389. doi: 10.1023/A:1011125220522
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00098-5
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. doi: 10.2307/2136504
- Whealin, J., & Pivar, I. (2007). Coping when a family member has been called to war. http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/familycoping.html?opm=1&rr=rr116&srt=d&echorr=true.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700. doi: 10.1023/a:1024777303848